

Aus der Klinik für Anästhesiologie der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Bernhard Zwißler

Akupunktur in der Behandlung von HWS-Syndrom
Ein multimethodischer Ansatz für einen interkulturellen Vergleich
zwischen China, Deutschland und Argentinien

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Lili Wu

aus

Hamburg

2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. Dominik Irnich

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. Marcus Schmitt-Sody
Prof. Dr. Rolf Holle
Priv. Doz. Dr. med. Martin Weigl

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 07.07.2016

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Akupunktur, TCM und konventionelle Medizin	6
1.2 Akupunktur in China, Deutschland und Argentinien	8
1.3 Stand der aktuellen Forschung	10
1.4 Forschungsfragen	12
1.5 Einführung in die Methodik	14
1.5.1 Der interkulturelle Vergleich.....	15
1.5.2 HWS-Syndrom	16
2. Material und Methoden	17
2.1 Studiendesign	17
2.2 Kooperationszentren und Studienleitung.....	17
2.3 Forschungsteam.....	18
2.4 Zeitachse der Studienplanung und -durchführung.....	19
2.5 Ethik	19
2.6 Studienpopulation.....	20
2.6.1 Therapeutenrekrutierung und Einschlusskriterien.....	20
2.6.2 Patientenrekrutierung sowie Ein- und Ausschlusskriterien.....	21
2.7 Der Multimethodische Ansatz.....	22
2.7.1 Quantitative Methoden	22
2.7.2 Qualitative Methoden	24
3. Ergebnisse	36
3.1 Studienteilnehmer.....	36
3.1.1 Therapeutenkollektiv (Therapeutenfragebogen)	36
3.1.2 Patientenkollektiv	39

3.2	Durchführung der Interviews	45
3.3	Bisheriger Umgang mit den Beschwerden (Interviews).....	48
3.3.1	Ursachen der Beschwerden aus Patientensicht.....	48
3.3.2	Ursachen der Beschwerden aus Therapeutensicht.....	49
3.3.3	Vorbehandlung	50
3.3.4	Bewertung der Vorbehandlungen durch Patienten und Therapeuten	52
3.4	Entscheidungsgrundlage der Patienten für die Akupunktur (Interviews).....	57
3.4.1	Vorteile der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien aus Patientensicht	57
3.4.2	Wahl der Akupunktur in Abhängigkeit der Diagnose (Patienten).....	60
3.4.3	Informationsquellen der Patienten über die Akupunktur.....	61
3.4.4	Entscheidungsgrundlage der Patienten für den Therapeuten oder für das Institut	66
3.5	Entscheidungsgrundlage der Therapeuten für das Erlernen und Praktizieren der Akupunktur (Interviews)	69
3.5.1	Vorteile der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien aus Therapeutensicht ...	69
3.5.2	Wahl der Akupunktur in Abhängigkeit der Diagnose (Therapeuten)	72
3.5.3	Persönliche Gründe der Therapeuten für das Erlernen der Akupunktur	74
3.6	Rolle der Akupunktur im Medizinsystem (Interviews)	76
3.6.1	Von den Patienten parallel zur Akupunktur in Anspruch genommene Verfahren und Empfehlungen der Therapeuten	76
3.6.2	Stellenwert der Akupunktur im Behandlungskonzept.....	80
3.6.3	Wahrnehmung von Skepsis gegenüber alternativen Heilmethoden in der Gesellschaft	84
3.7	Erwartung an die Akupunktur (Interviews).....	85
3.7.1	Erwartung der Patienten an den Therapeuten.....	85
3.7.2	Erwartung der Patienten an den Therapieerfolg	91
3.7.3	Erwartung der Therapeuten an den Therapieerfolg.....	93
3.8	Die Praxis der Akupunktur (Feldnotizen und Interviews).....	94
3.8.1	Beschreibung der Therapie.....	94
3.8.2	Theorie- und Glaubensmodell (Interviews).....	107
3.8.3	Wichtige Einflussfaktoren für die Akupunktur (Interviews).....	118
3.9	Bewertung des Therapieerfolgs anhand der quantitativen Daten und Interviews	127
3.9.1	Ergebnisse der quantitativen Daten	127
3.9.2	Bewertung des Therapieerfolgs durch die Patienten und die Therapeuten anhand der Interviews	130
4.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	135

5. Diskussion.....	148
5.1 Diskussion der Ergebnisse.....	148
5.1.1 Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur	148
5.1.2 Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur	152
5.1.3 Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem	157
5.1.4 Erwartung an die Akupunktur, die Durchführung der Akupunktur sowie ihre Bewertung	160
5.2 Hypothesen und Ausblick.....	161
5.3 Diskussion der Methoden.....	162
5.3.1 Besonderheiten des interkulturellen Vergleichs qualitativer Daten	162
5.3.2 Besonderheiten der Studiendurchführung in China.....	163
5.3.3 Limitation der Studie	170
 6. Zusammenfassung.....	 171
 7. Literaturverzeichnis	 173
 8. Eidesstattliche Versicherung	 187
 9. Danksagung.....	 188

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	<i>Therapeutenfragebogen zu Akupunktur-spezifischen Ausbildung</i>	<i>23</i>
Abbildung 2.	<i>Leitfaden für Notizen zur Beobachtung im Forschungsfeld</i>	<i>24</i>
Abbildung 3.	<i>Übersicht Datenerhebung anhand der teilstrukturierten Tiefeninterviews</i>	<i>26</i>
Abbildung 4.	<i>Leitfragen für Patienteninterviews vor der Akupunktur</i>	<i>27</i>
Abbildung 5.	<i>Leitfragen für Patienteninterviews nach der Akupunktur</i>	<i>28</i>
Abbildung 6.	<i>Leitfragen für Therapeuteninterviews: Allgemeiner Teil</i>	<i>29</i>
Abbildung 7.	<i>Leitfragen für Therapeuteninterviews: patientenspezifischer Teil</i>	<i>29</i>
Abbildung 8.	<i>Übersicht abduktiv-deduktiv-induktive Verfahren zur Bildung des Kategoriensystems</i>	<i>31</i>
Abbildung 9.	<i>Vorgang des Kodierens anhand eines Beispiels</i>	<i>32</i>
Abbildung 10.	<i>Entwicklung des Kategoriensystems und der Codeliste</i>	<i>33</i>
Abbildung 11.	<i>Ausschnitt aus dem Kategoriensystem (MAXQDA Dokument) mit dem Beispiel „Theorie und Glaubensmodell“ als Kategorie mit Subkategorien und Codes</i>	<i>34</i>
Abbildung 12.	<i>Qualitative Inhaltsanalyse und der Ländervergleich</i>	<i>34</i>
Abbildung 13.	<i>Konzeptualisierung der Geschichte (story line)</i>	<i>35</i>
Abbildung 14.	<i>Reduktion der Schmerzstärke anhand der individuellen Werte auf der NRS (0 - 10)</i>	<i>127</i>
Abbildung 15.	<i>Mediane Verbesserung der zervikalen Beweglichkeit anhand der individuellen CROM-Werte</i>	<i>129</i>
Abbildung 16.	<i>Modell über den Zusammenhang zwischen den drei Kernkategorien und ihren Einflussfaktoren sowie die Beziehung zwischen der Erwartung an die Akupunktur und ihre Durchführung im Kontext der Kernkategorien</i>	<i>142</i>
Abbildung 17.	<i>Die identifizierten wichtigen Einflussfaktoren, die das Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur ausmachen</i>	<i>144</i>
Abbildung 18.	<i>Entstehung der unterschiedlichen Charakteristik der Arzt-Patienten- Beziehung in den drei untersuchten Ländern</i>	<i>155</i>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	<i>Kooperationszentren</i>	17
Tabelle 2.	<i>Legende für die Identifikationsnummer der Studienteilnehmer</i>	20
Tabelle 3.	<i>Ein- und Ausschlusskriterien für die teilnehmenden Patienten.....</i>	21
Tabelle 4.	<i>Legende für die Identifikationsnummern der Interviewtranskripte und Zitate</i>	30
Tabelle 5.	<i>Therapeutenkollektiv mit Daten zu Akupunkturausbildung und Erfahrung in den drei Ländern.....</i>	38
Tabelle 6.	<i>Soziodemographische Daten der Patienten in den jeweiligen Ländern.....</i>	40
Tabelle 7.	<i>Ausgeschlossene Patienten in den drei Ländern mit Begründung</i>	41
Tabelle 8.	<i>Indikationsspezifische Daten zu den Patienten in China</i>	42
Tabelle 9.	<i>Indikationsspezifische Daten zu den Patienten in Deutschland.....</i>	43
Tabelle 10.	<i>Indikationsspezifische Daten zu den Patienten in Argentinien</i>	44
Tabelle 11.	<i>Legende für die Interviewcodes und Zitate</i>	45
Tabelle 12.	<i>Interviewcode und Länge (Anzahl der Worte) der Interviewtranskripte für die qualitative Datenauswertung</i>	47
Tabelle 13.	<i>Anteil der Patienten, der die folgenden Maßnahmen vor der Akupunktur in Anspruch genommen hat, dargestellt für die jeweiligen Länder.....</i>	51
Tabelle 14.	<i>Anteil der Patienten, der Vorerfahrung mit Akupunktur für die genannten Indikationen hatte, dargestellt für die jeweiligen Länder</i>	61
Tabelle 15.	<i>Anteil der Patienten, der folgende Maßnahmen neben der Akupunktur in Anspruch genommen hat, dargestellt für die jeweiligen Länder.....</i>	79
Tabelle 16.	<i>Eckdaten der Akupunkturtechnik und Punktauswahl bei der Behandlung von HWS-Syndrom</i>	106
Tabelle 17.	<i>Mediane Verbesserung der Schmerzstärke anhand der NRS-Werte</i>	128
Tabelle 18.	<i>Anzahl der Behandlungen, in denen angegeben wurde, dass die Erwartung an die Akupunktur von Patient und oder Therapeut erfüllt, teilweise oder nicht erfüllt wurde. Dargestellt für die drei Länder.....</i>	133

1. Einleitung

1.1 Akupunktur, TCM und konventionelle Medizin

Die Akupunktur ist ein Bestandteil der sogenannten Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Die TCM hat sich aus einer Heilkunst entwickelt, die in China vor 2000 Jahren unter dem dort vorherrschenden Konfuzianismus und dem philosophischen Einfluss des Daoismus entstanden ist [1]. Für die Entwicklung dieser Heilkunst war der kulturelle und philosophische Kontext unabdingbar. Die Heilkunst bestand teils aus mündlich überlieferten Traditionen und teils aus schriftlich überlieferten Texten, sodass es von Anfang an zu einer Proliferation verschiedener Stile und Schulen gekommen ist. Es bestand zu keinem Zeitpunkt ein einheitliches theoretisches Konstrukt über die Wirkweise dieser Heilkunst [1]. Die ersten schriftlichen Überlieferungen über die Akupunktur lassen sich auf 200 v.Ch. datieren. Es handelte sich um Texte, die aus einer Kollektion von Ideen verschiedener Personen bestanden, die an verschiedenen Orten und zu unterschiedlichen Zeiten verfasst wurden [2, 1]. Die Vielfalt und Diversität innerhalb dieser fernöstlichen Heilkunst wird anhand des Beispiels aus der Zeit der Streitenden Reiche (480 v.Ch. bis 221 v.Ch.) deutlich, in der vier dominierende „Schulen“ vorherrschten. Alle beinhalteten jeweils ein in sich stimmiges theoretisches Konstrukt, das die Praxis der Behandlung geleitet hat [1].

Die Akupunktur hat sich aus einem kulturellen Kontext entwickelt, der sich deutlich von dem kulturellen Kontext in Europa unterscheidet, aus der die abendländische und später die als konventionell bezeichnete Medizin entstanden ist [3]. Der philosophische und kulturelle Kontext der fernöstlichen Medizin unterlag einer sehr unterschiedlichen Weltanschauung als diejenige, die in der heutigen westlichen wissenschaftlichen Welt vorherrscht [2]. Daraus ergeben sich grundlegende kulturelle und philosophische Unterschiede zwischen der Akupunktur und der modernen konventionellen Bio-Medizin [4]. In der fernöstlichen Kultur werden Körper, Seele und Emotionen als eine Einheit betrachtet [2]. Die konventionelle Medizin ist anatomisch orientiert, die einzelnen Elemente des Körpers werden separat betrachtet. Ein anderer Unterschied liegt in der wissenschaftlichen Denkweise und Logik: In westlichen Kulturen ist das wissenschaftliche Denken von einem „Entweder-oder“-Prinzip geprägt, in dem die gleichzeitige Validität konkurrierender Ideen nicht akzeptiert wird [4]. Dies sei möglicherweise durch die monotheistische Kultur bedingt [5]. Die Denkweise asiatischer Kulturen ist nicht durch das „Entweder-oder“-Prinzip geprägt. Aus diesem Grund wurde nicht nach einer einheitlichen Definition der Akupunktur gesucht und die Vielfalt der Ideen und Methoden dieser

Therapie akzeptiert [2]. Zudem strebt die westliche Medizin nach objektiven Beschreibungen und nach Reduktionismus. In der asiatisch traditionellen Medizin findet sich hingegen kein Bestreben nach Objektivierbarkeit und im Gegensatz zum Reduktionismus wird ein holistischer Denkansatz verfolgt [4].

Der Begriff der „Traditionellen Chinesischen Medizin“ (TCM) findet sich laut Taylor erstmalig in einer Publikation von Fu in 1955 mit dem Titel „Why our Western-trained Doctors should learn Traditional Chinese Medicine“ [6, 7]. Was heute allgemein als TCM und Akupunktur verstanden wird, reflektiert nach Unschuld eine Kombination aus traditionell chinesischem und modern westlichem Denken [8]. Die traditionelle Medizin, wie sie in China durchgeführt wurde, hat sich durch den Einfluss aus dem Westen verändert. Nach der Zeit der Unterdrückung Chinas durch den Imperialismus im 19. Jahrhundert kam es Ende der 1920er Jahre zu einer Gesetzesinitiative, die Traditionen gänzlich zu verbieten [3]. Das betraf auch die TCM, die als Symbol der „verrotteten Denkweise“ (Unschuld, 2003, S. 256) [3] der Tradition und des feudalistischen Systems galt, das bis 1911 existierte. China erkannte unter dem Imperialismus die Notwendigkeit an, die westliche Wissenschaft und westliche Techniken anzunehmen. Mit der westlichen Wissenschaft ging auch die westliche Medizin einher. Erst mit der Gründung der Volksrepublik China 1949 unter Mao Zedong erhielt die TCM wieder eine Legitimierung durch den Staat. Mao bewahrte die Chinesische Medizin vor der endgültigen Vernichtung, indem er von ihr als „große Schatzkammer“ sprach (Taylor, 2005, S. 119, Übers. v. Verf.) [9]. Die chinesische Medizin konnte jedoch nur in einer modifizierten Form weiterbestehen und verlor dabei viele Elemente ihrer traditionellen Charakteristik. Auf der anderen Seite hat die Akupunktur mit ihrem Import in den Westen eine Art Akkulturation erfahren [4]. Eine Anpassung an die westliche Kultur finde laut MacPherson bereits mit dem Schritt der Übersetzung statt. Es habe eine Anpassung der Begrifflichkeiten der chinesischen Heilkunst bei der Übersetzung aus dem Chinesischen in westliche moderne Texte gegeben. Die traditionelle chinesische Heilkunst sei von Begriffen und Konzepten geprägt, die der westlichen Kultur vollkommen fremd sind, sodass bei der Übersetzung Begriffe verwendet wurden, die der westlichen Welt vertraut waren und die sich von modernen westlichen Konzepten ableiten ließen [4].

Heute wird die Akupunktur als Teil der TCM in einer Vielfalt verschiedener Arten auf der ganzen Welt durchgeführt. Der TCM liegt ein Theoriemodell zugrunde, das zusammenfassend durch die Konzepte des „Qi“, der fünf Wandlungsphasen und der Lehre von Yin und Yang bestimmt wird. Die Akupunktur wurde nach Einführung in andere Kulturen stets weiterentwickelt, sodass sie sich in der heutigen Durchführung in verschiedene Akupunkturstile unterteilen lässt: unter anderem in traditionell Chinesisch, Japanisch und Westlich. Zudem unterscheidet man Körperakupunktur und Akupunktur an Mikrosystemen. Hierbei bildet zum Beispiel das Ohr oder der Bauch ein Mikrosystem, auf dem die Organe des ganzen Körpers abgebildet sind. Es werden verschiedene Techniken in der Punktlokalisierung unterschieden, die sowohl auf die traditionelle Überlieferung zurückzuführen sind als auch durch moderne Untersuchungen entwickelt wurden. Unterschieden werden bei der Körperakupunktur unter anderem Techniken auf Grundlage von Intuition, Körperproportion, Palpation und Hautwiderstandsmessung, sowie bei der Akupunktur in Mikrosystemen unter anderem die „Very-point“-Technik [10]. Hierbei handelt es sich um eine Lokalisationstechnik von Akupunkturpunkten, bei der es durch tangentialen Betupfen des Körperareals, in dem der Akupunkturpunkt vermutet wird, an einem Punkt zu einer sensiblen Reaktion kommt.

1.2 Akupunktur in China, Deutschland und Argentinien

Die Akupunktur erregte erst im Anschluss an die politische und wirtschaftliche Öffnung Chinas nach dem Ende der Kulturrevolution stärkeres internationales Interesse. Die Nadeltherapie wurde in den westlichen Medien durch einen New York Times Artikel 1971 bekannt, in dem der Journalist James Reston darüber berichtete, wie er während eines Besuches in China aufgrund einer akuten Blinddarmentzündung in Peking nach einer Appendektomie mit Akupunktur behandelt wurde [11].

Heute gewinnt die Akupunktur als Behandlungsmaßnahme zunehmend an Aufmerksamkeit und Wichtigkeit in der ambulanten Patientenversorgung auf der ganzen Welt [12]. Im Zuge der Neustrukturierung Chinas nach 1949 wurde die TCM an die westliche Medizin angepasst, um sie in das neue soziopolitische System zu integrieren [4]. Heute ist die Ausbildung im Bereich TCM und Akupunktur in China im Rahmen eines Hochschulstudiums von mindestens fünf Jahren fest geregelt. In China besteht ein Gesundheitssystem mit einem Versicherungssystem, das abhängig von Alter und Berufsstand ist. Es wird aber nicht zwischen Leistungen der TCM und Leistungen der konventionellen Medizin unterschieden. Die Kosten für

Behandlungen beider medizinischen Systeme fallen gleichermaßen unter die Leistungen der Krankenversicherung.

Seit der Einführung der Akupunktur in Europa im 17. Jahrhundert wird sie hinsichtlich ihrer Anwendung weiterentwickelt. Insbesondere wurden Methoden wie das sogenannte „Dry needling“¹ (erstmalige Beschreibung durch Travell, J.G. 1992 [14]) und die Elektroakupunktur nach Voll² (Entwicklung durch den deutschen Arzt Reinhold Voll [15]) sowie die Ohrakupunktur³ (erstmalige Beschreibung durch den französischen Arzt Paul Nogier in 1956 [16, 17]) als Teilgebiet der Mikrosystem-Akupunktur weiterentwickelt. In Deutschland wurde 1951 die erste „Gesellschaft für Akupunktur“ gegründet, die heute als „Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur – DÄGfA“ bekannt ist und rund 9000 ärztliche Mitglieder zählt [18]. Sie stellt die größte unter einer Vielzahl von Akupunkturgesellschaften in Deutschland dar, in denen sich Ärzte im Bereich der Akupunktur im Rahmen einer Zusatzqualifikation nach Abschluss des Medizinstudiums weiterbilden. Die Weiterbildung unterliegt einer geregelten Weiterbildungsordnung, die von der Bundesärztekammer vorgeschrieben wird [19]. In Deutschland besteht ein Gesundheitssystem mit einer gesetzlichen Versicherungspflicht. Neben den gesetzlichen Krankenkassen gibt es private Krankenkassen, die sich in ihrer Beitragshöhe und Leistungen unterscheiden. Seit den durch die Krankenversicherungen geförderten Modellvorhaben zur Akupunktur (s. unten) werden in Deutschland die Kosten für zwei Diagnosen (Arthritis des Kniegelenkes und Rückenschmerzen) von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Die Akupunktur findet außerdem zunehmend Eingang in Länder mit einem gänzlich anderen kulturellen Hintergrund, in deren Geschichte die Akupunktur bislang keine große Rolle spielte: In Argentinien fand die Akupunktur erst um 1955 Einzug in das medizinische Leistungsspektrum. Hier konnten sich die Akupunkteure in anerkannten Institutionen vereinigen, so dass die Akupunktur auch in diesen Ländern in das dortige Medizinsystem aufgenommen wurde [20, 21].

¹ Dry Needling (trockenes Nadeln): Therapieform zur Behandlung von myofaszialen Triggerpunkten mit sterilen Einwegakupunkturnadeln [13].

² Elektroakupunktur: Therapieform der Akupunktur, bei der nach Platzierung der Nadeln durch die Haut ein elektrischer Strom zwischen einem Nadelpaar angelegt wird.

³ Ohrakupunktur: Eine Behandlungsmethode, die auf der Normalisierung von physiologischen Prozessen durch die Stimulation von Punkten im Ohr beruht [16].

1.3 Stand der aktuellen Forschung

Die Akupunktur stellt unter den komplementärmedizinischen Verfahren die meist erforschte Behandlungsmethode dar [22]. Die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode wird anhand von experimentellen und klinischen Untersuchungen erforscht. Im Bereich der Grundlagenforschung liegt der Schwerpunkt auf neurobiologischen Wirkmechanismen der Akupunkturanalgesie. In diesem Bereich können der Akupunktur bereits zahlreiche physiologische und biochemische Mechanismen zugeschrieben werden [23]. Zudem werden seit Anfang der 70er Jahre auch klinisch kontrollierte Akupunkturstudien im Westen durchgeführt, um die Wirksamkeit der Akupunktur in der klinischen Anwendung zu erforschen.

In der klinischen Forschung gilt das randomisiert kontrollierte Studiendesign (RCT) als Goldstandard in der Prüfung der Wirksamkeit einer Therapie [24]. Ein hauptsächliches Problem stellt in Akupunktur-RCTs die Auswahl der Kontrollintervention dar, die eine Verblindung der Patienten und Therapeuten möglich macht [25]. Häufig kommen hier sogenannte Sham-Akupunktur Verfahren zum Einsatz. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Modellvorhaben Akupunktur“ (2002 – 2007) diente z.B. eine superfizielle Nadelung an standardisierten Nicht-Akupunkturpunkten als Kontrollintervention [12]. Das „Modellvorhaben Akupunktur“ wurde von deutschen Krankenkassen finanziert mit den Zielen, die spezifische Wirksamkeit der Akupunktur, die Wirksamkeit der Akupunktur in der medizinischen Routineversorgung, die Therapiesicherheit sowie die Wirtschaftlichkeit der Akupunktur zu bestimmen [26]. Die Akupunktur wurde mit konventioneller Therapie in der Behandlung von vier verschiedenen Diagnosen verglichen. Die Ergebnisse zeigten mitunter ein besseres Therapie-Outcome sowohl für die Akupunktur als auch für die Sham-Akupunktur im Gegensatz zur konventionellen Therapie, aber nicht in allen Studien einen signifikanten Unterschied zwischen Akupunktur und Sham-Akupunktur. Walach beschrieb dies 2001 als „Wirksamkeitsparadox“ [27]. Erst kürzlich konnte der spezifische Effekt der Akupunktur am Beispiel des chronischen Schmerzes mittels einer individuellen Patientenmetaanalyse über 29 Studien mit insgesamt 17.922 eingeschlossenen Patienten gezeigt werden [28]. Stellt man die Ergebnisse dieser Metaanalyse als den Anteil der Patienten mit einer mindestens 50-prozentigen Schmerzreduktion dar, ergab sich eine Ansprechrates von jeweils 50%, 42,5% und 30% der Patienten mit „Akupunktur“, mit „Sham-Akupunktur“ und „ohne Therapie“.

Betrachtet man nun die Überlegenheit von Sham-Akupunktur zur konventionellen Therapie, scheint diese Placebo Kontrolle an sich kein inertes Placebo zu sein und selber Faktoren zu beinhalten, die einen therapeutischen Effekt aufweisen. Diese anderen Faktoren, die ohne die tatsächliche Nadelung das Therapie-Outcome beeinflussen, werden als sogenannte unspezifische Therapieeffekte [29] oder kontextuale Faktoren [30] bezeichnet, die es in Hinblick auf das Verständnis der Wirkweise der Akupunktur vermehrt zu untersuchen gilt [30]. Hierunter fallen physiologische Effekte durch den Hautkontakt bei der Palpation der Akupunkturpunkte vor der eigentlichen Nadelung, nicht physiologische Effekte durch die bewusste Wahrnehmung der Akupunktur und durch die sogenannten Bedeutungseffekte⁴ [31] sowie Erwartungen an die Therapie, das Therapiesetting und generelle unspezifische Therapieeffekte [29]. Die Akupunktur wird zudem als komplexe Behandlung bezeichnet, deren Wirkung nicht eindimensional auf einen Wirkstoff oder auf eine Maßnahme zurückgeführt werden kann [32]. Die Akupunktur wird vielmehr durch ein holistisches Modell beschrieben, in dem die Diagnose, die Durchführung und der Behandlungseffekt einen ineinandergreifenden Prozess darstellen, der sich selber im Laufe der Behandlung beeinflusst [22]. Nun stellt es eine Herausforderung dar, eine Forschungsmethodik im Bereich der Akupunktur zu entwickeln, die dieser Therapie gerecht wird, um sie als komplexe Intervention zu erfassen und ihren Therapieeffekt zu messen [33].

Dass einzelne unspezifische Effekte, wie Konditionierungsprozesse und die Erwartungshaltung des Patienten generell bei jeder medizinischen Intervention eine große Rolle spielen, wurde eindrücklich in der Placebo Forschung gezeigt [34]. Der Erwartung wird ein „Bedeutungseffekt“ innerhalb eines „assoziierten Effektes“⁵ einer Therapie zugeschrieben, der Auswirkung auf das Therapie-Outcome hat [31]. Auch belegen zahlreiche Studien krankheitsspezifische und neurophysiologische Auswirkungen unterschiedlicher Erwartungen [35-37]. Das Verständnis darüber, wie sich die Erwartung auf das Behandlungsergebnis auswirkt, ist jedoch noch nicht geklärt, da vor allem die Instrumente zur Erfassung derartiger Faktoren zum Teil noch rudimentär sind [31]. Es gibt aktuell keine standardisierte Definition oder akzeptierte Messverfahren für die Erwartung [38].

⁴ Bedeutungseffekt (meaning response): therapeutischer Effekt, der aufgrund der Bedeutung zustande kommt, die eine Intervention für eine Person hat. Sie werden nicht direkt durch die Intervention verursacht, sondern durch die mit ihr verbundenen Interpretationen, Erwartungen, Verhaltensweisen etc.

⁵ Assoziierte Effekte: Wirkungen, die durch die Intervention in ihrer Gesamtheit oder im Zusammenhang mit der Intervention im Individuum selbst ausgelöst werden.

Während vormals das Studiendesign von RCTs als Goldstandard der klinischen Forschung in Hinblick auf die spezifische Wirksamkeit der Akupunktur galt und die STRICTA⁶ als Richtlinie für die Durchführung und Dokumentation solcher Studien herangezogen wurde [39], gewinnen zunehmend Beobachtungsstudien und qualitative Methoden in der Untersuchung der Kontextfaktoren an Bedeutung. Es wird zwischen Efficacy- und Effectiveness-Studien unterschieden. Während Efficacy-Studien standardisierte Therapien an homogenen Patientenkollektiven untersuchen, in denen das Therapie-Outcome objektiv beurteilt werden kann, stellen Effectiveness-Studien praxisnahe Untersuchungen dar [40]. Es handelt sich oft um Beobachtungsstudien, die eine Therapie anhand eines meist heterogenen Patientenkollektives untersuchen, wie sie in der Realität durchgeführt wird. Das Therapie-Outcome wird patientenzentriert anhand von subjektiven Bewertungen gemessen. Hieraus ergibt sich eine hohe externe Validität bei zugleich niedriger interner Validität [41]. Ziel dieser praxisnahen Untersuchungen ist es, Patienten, Therapeuten und Entscheidungsträger im Gesundheitssystem darüber zu informieren, welche Behandlungen für welche Patienten unter bestimmten Voraussetzungen am besten geeignet sind. Der Trend geht von einer quantitativ dominierenden Forschung über die Efficacy, der Wirksamkeit unter besonderen kontrollierten Bedingungen, hin zur qualitativ dominierenden Forschung, die sich an der klinischen Praxis orientiert und die eigentliche Effectiveness, die „Alltagswirksamkeit“, im realen Umfeld untersucht [40].

Anhand der dargestellten Entwicklung der Forschung werden im Folgenden die Forschungsfragen der vorliegenden Studie formuliert.

1.4 Forschungsfragen

Der Statistiker Tukey (1962) sagte, dass es weitaus erstrebenswerter ist, eine Annäherung an die Antwort zu einer richtig gestellten Frage zu geben als eine exakte Antwort auf eine falsch gestellte Frage [42]. Um in Zukunft die richtigen Fragen stellen zu können, will diese Studie herausfinden, welche Faktoren bei der Akupunktur eine Rolle spielen. Es sollen sowohl nadel-spezifische als auch die zuvor genannten unspezifischen Effekte [29] und die sogenannten assoziierten Effekte [31] im Einzelnen identifiziert werden. In der vorliegenden Studie wird versucht, anhand des kulturellen Vergleichs die Effekte näher zu beleuchten, um die Akupunktur in ihrer Ganzheit und als komplexe Intervention zu erfassen und zu verstehen. Was macht eine Akupunktur aus? Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Akupunktur und

⁶ STRICTA (Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture) als Teil der CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials): gibt Richtlinien für die Dokumentation und Publikation von Akupunkturstudien vor.

auf das Therapie-Outcome? Wie lassen sie sich charakterisieren? In welchem Zusammenhang stehen diese Faktoren zueinander? Besonders interessant ist dabei die Frage, welche Rolle die Erwartung bei der Akupunktur spielt und wie diese entsteht.

Wie vorher beschrieben handelt es sich bei der Akupunktur um eine Behandlungsmethode, die vor einem bestimmten kulturellen und philosophischen Hintergrund entstanden ist [4]. Es ist fragwürdig, ob sich diese Therapie von der westlich geprägten Wissenschaft untersuchen oder verstehen lässt, da ihre Ursprünge in gänzlich unterschiedlichen Kulturen liegen. Nach Birch et al. ist der philosophische und kulturelle Hintergrund in der Erforschung von traditionellen Systemen Ostasiens durch westlich geprägte Methoden gänzlich ignoriert worden [2]. In dieser Studie möchten wir die Rolle des kulturellen Kontextes, in der die Akupunktur angewendet wird, untersuchen. Ziel der Studie ist es daher, den Patienten in seinem kulturellen Umfeld in Hinblick auf seine Nutzung von Akupunktur zu untersuchen, um daraus Faktoren zu identifizieren, die Einfluss auf den Prozess der Anwendung nehmen. Im Allgemeinen sollen im Rahmen der Versorgungsforschung Faktoren aufgedeckt werden, die in der täglichen Praxis der Akupunktur relevant sind und das Therapieergebnis beeinflussen. Ziel dieser Studie ist es, relevante Faktoren zu benennen, zu charakterisieren und in künftigen Studien zu berücksichtigen. Diese Faktoren können den Untersuchungsgegenstand (Patientenkollektiv, untersuchte Diagnose etc.), die Methodik und die Durchführung künftiger Studien betreffen. Folgende Themenbereiche wurden in dieser Studie betrachtet: Das Krankheits- und Gesundheitsverständnis der jeweiligen Kultur, die Rolle der Akupunktur innerhalb des Krankheits- und Gesundheitsverständnisses und die kulturspezifische subjektive Auffassung über die Wirkweise der Akupunktur sowie die Erwartung an die Akupunktur und die Durchführung der Akupunktur. Insbesondere ist auch in Hinblick auf das international steigende Forschungsinteresse die Kenntnis über die Unterschiede im Verständnis und in der Durchführung der Akupunktur wichtig, um internationale Studien richtig interpretieren und miteinander vergleichen zu können.

Wie im vorherigen Kapitel erläutert, finden bereits neue Forschungsmethoden Anwendung in der vormals naturwissenschaftlich orientierten Forschung der Medizin. Es folgt nun eine Einführung in die Methoden, die zur Beantwortung unserer Forschungsfragen eingesetzt wurden.

1.5 Einführung in die Methodik

Die Forschungslandschaft im Bereich TCM und Akupunktur befindet sich derzeit in der Wende. Die Akupunktur besteht aus viel mehr als ihren neurobiologischen Effekten, sodass vielfältige Methoden und Verfahren in der Forschung notwendig sind [22]. Begründet wird dies zudem durch den komplexen, mehrdimensionalen, philosophischen und theoretischen Aspekt der TCM [43]. Auch Paterson et al. beschreiben die Akupunktur als eine komplexe Intervention, die eines neuen Forschungsmodells bedarf, um sie in ihrer Ganzheitlichkeit und Komplexität erfassen, messen und bewerten zu können [32]. Liu geht von einem umgekehrten Ablauf der herkömmlichen Schritte zur Arzneimittelforschung aus, in dem nicht in der Reihenfolge „from bench to bedside“ sondern „from bedside to bench“ vorgegangen werden soll [44]. In einem noch wenig erforschten Gebiet können erst durch praxisnahe Untersuchungen Faktoren identifiziert werden, die überhaupt von relevanter Bedeutung sind. Es sind letztendlich Methoden der qualitativen Forschung, die solche Faktoren aufdecken können. Sie umfassen Interviews und Feldnotizen anhand von praxisnahen Beobachtungen [45]. In Bezug auf die Akupunktur handelt es sich bei den zu identifizierenden Faktoren um solche, die nadel-spezifische wie auch unspezifische Effekte auslösen und einen Einfluss auf das Therapieergebnis nehmen. Für die Untersuchung eines derart komplexen Untersuchungsgegenstands, bei dem die relevanten Variablen nicht auf der Hand liegen, wird die qualitative Forschung eingesetzt [46]. Nach Black können erst mit Hilfe der qualitativen Forschung relevante Variablen aufgezeigt werden, mit denen wiederum neue Hypothesen für quantitative Forschung aufgestellt werden können [47].

Ein zentrales Gütekriterium der qualitativen Forschung stellt das Modell der Triangulation⁷ dar [49]. Durch die Kombination verschiedener Methoden (methodische Triangulation) wird der Untersuchungsgegenstand von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, sodass eine ganzheitlichere Darstellung der Thematik erreicht wird [50]. Ziel ist es, die Erkenntnis durch gegenseitiges Vergleichen unterschiedlicher Herangehensweisen zu erweitern. Es werden hierbei nicht nur qualitative Methoden miteinander kombiniert, sondern auch qualitative mit quantitativen Methoden. Diese Art der Methodik wird auch als „Mixed-method-approach“ bezeichnet [51]. Diese gewährleistet eine ganzheitliche Analyse, bei der sich die verschiedenen Methoden gegenseitig ergänzen.

⁷ Das Konzept der Triangulation hat seinen Ursprung in der Geodäsie, in der die Validität von Landschaftskarten gesteigert wird, indem Messungen von verschiedenen Winkeln vorgenommen werden [48].

Dieser Studie zugrunde liegen zum einen die Frage nach den relevanten Faktoren, die die Akupunktur als komplexe Intervention im kulturellen Kontext ausmachen und zum anderen die Frage, ob und wenn ja in welchem Zusammenhang diese Faktoren zueinander stehen. Das Ziel ist es, durch einen explorativen Ansatz Anregungen für zukünftige Studien zu geben. In Hinblick auf diese Forschungsfragen wurde ein multimethodischer Forschungsansatz im interkulturellen Vergleich gewählt, der sowohl quantitative als auch qualitative Methoden vereint. Diese werden im Kapitel „Material und Methoden“ vorgestellt und erläutert.

1.5.1 Der interkulturelle Vergleich

In Hinblick auf die Globalisierung gewinnt die qualitative Forschung in unterschiedlichen Kulturen zunehmend an Bedeutung, da erst hierdurch Ergebnisse erzielt werden können, die linguistisch und kulturell repräsentativ für die Studienteilnehmer sind [52]. Raspe et al. beschreiben in einer Studie anhand eines interkulturellen Vergleiches zwischen Großbritannien und Deutschland an Patienten mit Rückenschmerzen kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Schmerzwahrnehmung [53]. Aus der Studie ging hervor, dass Rückenschmerzen häufiger bei Patienten in Deutschland als in Großbritannien vorkamen. Raspe et al. vermuteten, dass die unterschiedliche Prävalenz von Rückenschmerzen in den untersuchten Ländern durch interkulturelle Unterschiede hinsichtlich der Wahrnehmung und Beschreibung von Rückenschmerzen erklärt werden kann. Ansonsten findet sich in der Forschungsliteratur derzeit noch wenig über den Einfluss von Kultur auf die Medizin im Allgemeinen und auf Akupunktur im Speziellen. Wir wählten China, Deutschland und Argentinien aus aufgrund der Annahme, dass sich sowohl die Entwicklung der Akupunktur (s. Kapitel 1.2) als auch die Durchführung der Akupunktur in diesen kulturellen Räumen unterscheidet.

1.5.2 HWS-Syndrom

Als Studienpopulation für die vorliegende multimethodische Studie wurden Patienten mit einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, dem sogenannten HWS-Syndrom ausgewählt. Das HWS-Syndrom umfasst eine Reihe von orthopädischen und neurologischen Symptomkomplexen, die unterschiedlich benannt werden: Nackenschmerzen, Zervikalneuralgie, Zervikozephalales Syndrom, Zervikobrachialsyndrom sowie Zervikalsyndrom. Zusätzlich zur schmerzhaften Bewegungseinschränkung im Nacken können neurologische Symptome in Form von Parästhesien und einer Kraftminderung in den oberen Extremitäten auftreten. Wie jede Schmerzerkrankung ist auch das HWS-Syndrom in einem biopsychosozialen Kontext [54] zu verstehen. Es gibt physische, mentale und emotionale Aspekte der Symptome, die in ihrer Qualität variieren und über eine Zeitspanne fluktuieren [55]. Das HWS-Syndrom kann nach Verlauf, Lokalisation, Schmerzausstrahlung und Ursache eingeteilt werden. Die Ätiologie ist in den meisten Fällen unbekannt. Es können jedoch degenerative, traumatische und funktionelle Ursachen unterschieden werden. Es bestehen unterschiedliche Meinungen bezüglich der angemessenen Therapiemaßnahme bei HWS-Syndrom [56]. Die Akupunktur gewinnt in der Behandlung von HWS-Syndrom zunehmend an Bedeutung [57]. So zeigten beispielsweise Irnich et al. 2001 in einer randomisiert kontrollierten Studie, dass die Akupunktur eine effektive Therapiemethode in der Behandlung von HWS-Syndrom darstellt, wenn es um die Reduktion von bewegungsabhängigen Schmerzen und um die Verbesserung der zervikalen Beweglichkeit geht [58]. Ergebnisse anderer Studien stützten die vorhandene Wirksamkeit der Akupunktur [59], sodass sie von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Leitlinie für die Therapie des HWS-Syndroms mit einer Level A Evidenz empfohlen wird [60]. Nicht zuletzt hat das HWS-Syndrom durch den hohen Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung [61] und eignet sich aufgrund seiner hohen Prävalenz, die unabhängig von Kultur zu sein scheint, für einen Ländervergleich [62].

2. Material und Methoden

2.1 Studiendesign

In dieser Studie wurde die Behandlung des HWS-Syndrom mit Akupunktur in drei unterschiedlichen Kulturen vergleichend untersucht: In China, Deutschland und Argentinien. Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein multimethodischer Ansatz gewählt, in dem sowohl quantitative als auch qualitative Methoden angewendet wurden. Dieses Vorgehen wird als methodische Triangulation bezeichnet [49], die dazu dient, komplexe Phänomene aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten. Dies führt zu einem umfassenderen und ganzheitlicheren Verständnis des Untersuchungsgegenstandes [63].

Die quantitativen Methoden umfassten zum einen die Erhebung der subjektiven Schmerzstärke der Patienten anhand der Numerischen Rating Skala (NRS) und die Messung der aktiven zervikalen Beweglichkeit anhand des Cervical Range of Motion Instruments (CROM) jeweils vor und nach der Akupunktur. Zum anderen wurden die Ausbildung sowie Erfahrung der Therapeuten im Bereich der Akupunktur anhand von eigens erstellten Fragebögen erfasst. Die quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Eine inferenzstatistische Auswertung der Ergebnisse wurde in Anbetracht der geringen Fallzahl nicht angestrebt. Die qualitativen Methoden umfassten Feldnotizen, die sich aus der teilnehmenden Beobachtung im Forschungsfeld ergaben und teilstrukturierte Interviews, die den größten Anteil der Daten erbrachten. Für die Analyse der qualitativen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet [64]. Anhand einer Gegenüberstellung der Ergebnisse untersuchten wir abschließend die Beziehung zwischen den quantitativen und qualitativen Ergebnissen unserer Studie.

2.2 Kooperationszentren und Studienleitung

Tabelle 1. *Kooperationszentren*

Deutschland	China	Argentinien
Interdisziplinäre Schmerzzambulanz	First Teaching Hospital	Instituto Médico Argentino
Klinik für Anästhesiologie	of Tianjin University of TCM	de Acupuntura
Universität München	No. 314, An Shan Xi Road	Ramón L. Falcón
Pettenkoferstr. 8a	Nan Kai District	2335 – P.B. A – (1406)
80336 München	Tianjin	Capital Federal Buenos Aires
Leitung: PD Dr. Dominik Irnich	Leitung: Prof. Shu Wang	Leitung: Dra. Diana Carballo

2.3 Forschungsteam

Die Gesamtleitung der Studie sowie die Supervision der Studiendurchführung in Deutschland übernahm PD Dr. med. Dominik Irnich (DI). Verantwortliche Leitung der Studiendurchführung in China war Prof. Shu Wang und in Argentinien Dra. Diana Carballo. Die Datenerhebung und Studiendurchführung in China wurde von der Autorin (LW), in Deutschland von Claudia Böhme (CB) und in Argentinien von MSc Petra Bäumler (PB) übernommen. PB war zudem hauptverantwortlich für die Koordination der Studiendurchführung und Datenauswertung. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung in China war die Autorin Medizinstudentin im dritten klinischen Jahr an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München und im Rahmen eines einjährigen Auslandsstudiums in TCM und Akupunktur an der Beijing University of Chinese Medicine (BUCM) in Peking eingeschrieben. CB befand sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland in der fachärztlichen Weiterbildung für Allgemeinmedizin. Sie verfügt über Kenntnisse im Bereich der Akupunktur sowohl durch Fortbildungen für die Zusatzbezeichnung Akupunktur als auch aufgrund klinischer praktischer Erfahrungen in der ambulanten Patientenversorgung. PB war zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Argentinien als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Schmerzzambulanz der Klinik für Anästhesiologie der LMU München tätig. Erfahrung im Bereich Akupunktur besaß sie aufgrund langjähriger Mitarbeit in der Grundlagenforschung für Akupunktur und in der interdisziplinären Schmerzzambulanz der LMU München. Beide Forscherinnen der Standorte China und Argentinien verfügen über fließende Sprachkenntnisse des jeweiligen Landes. Alle drei Forscherinnen waren jeweils für die Datenerhebung (Interviewführung in der Sprache der jeweiligen Studienteilnehmer) und Datenaufbereitung (Transkription und ggf. Übersetzung ins Deutsche) im jeweiligen Land sowie für die Auswertung der Daten aus allen drei Ländern verantwortlich.

Das Projekt wurde von vier weiteren Wissenschaftlern unterstützt: Für die Einführung in die Techniken der qualitativen Forschung und Betreuung in der Methodik waren Prof. Dr. med. Stefanie Joos (SJ) und Dr. sc. hum. Iris Natanzon (IN)⁸ herangezogen worden. Die Herstellung des Kontaktes zum Kooperationspartner in China übernahm Dr. med. Michael Hammes (MH)⁹. Die qualitative Datenanalyse wurde durch Diplom Psychologin Marie Ahrends (MA)¹⁰ unterstützt.

⁸ Prof. Dr. med. Stefanie Joos und Dr. sc. hum. Iris Natanzon: Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung.

⁹ Dr. med. Michael Hammes: Facharzt für Neurologie, Arzt für Chinesische Medizin und Akupunktur, Schmerztherapeut in Bad Homburg

¹⁰ Dipl. Psych. Marie Ahrends: Interdisziplinäre Schmerzzambulant der LMU München, Campus Innenstadt

2.4 Zeitachse der Studienplanung und -durchführung

Die Studienplanung und Vorbereitung für die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Juni 2009 bis August 2010 in München. Der offizielle Kooperationsvertrag zwischen der LMU München und des First Teaching Hospitals of the Tianjin University of Traditional Chinese Medicine (TJUTCM) wurde im Dezember 2010 unterzeichnet. Die Studiendurchführung erfolgte in China (LW) von Februar 2011 bis Juni 2011, in Deutschland (CB) von Mai 2011 bis Juni 2012 und in Argentinien (PB) von Oktober 2010 bis Januar 2011. Die Datenaufbereitung für die Auswertung erfolgte bis April 2012 (PB, LW, CB). Daran schloss sich die Auswertungsphase an, die mit der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit endete. Entsprechende Publikationen in der Fachpresse zu den hier zusammengestellten Ergebnissen sind in der Vorbereitung.

2.5 Ethik

Die Prüfung der ethischen Unbedenklichkeit wurde gemäß der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Im November 2010 erhielt die Studie die Genehmigung durch die Ethik Kommission der medizinischen Fakultät der LMU München. Die teilnehmenden Patienten und Therapeuten wurden vor Einschluss in die Studie darauf hingewiesen, dass die Studie den reinen Charakter einer Beobachtung besitzt und zu keinem Zeitpunkt eine Intervention in die medizinische Behandlung darstellt. Ihnen wurde die Möglichkeit gegeben, zu jedem Zeitpunkt aus der Studie auszutreten. Alle Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und alle Daten pseudonymisiert aufbewahrt werden. Eine schriftliche Einverständniserklärung der Patienten sowie der Therapeuten wurde stets vor Einschluss eingeholt.

2.6 Studienpopulation

Zum besseren Verständnis ist die Legende für die Identifikationsnummern der Studienteilnehmer in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2. *Legende für die Identifikationsnummer der Studienteilnehmer*

C	China
D	Deutschland
A	Argentinien
T	Therapeut
P	Patient
#	Nummer des Teilnehmers
Beispiel: C T 05	Therapeut 05 aus China

2.6.1 Therapeutenrekrutierung und Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden die behandelnden Therapeuten der in dieser Studie teilgenommenen Patienten. Die Therapeuten waren in den Kooperationszentren in China und Argentinien angestellt beziehungsweise in den Arztpraxen in Deutschland tätig. Die Therapeuten mussten über die Berechtigung verfügen, Akupunktur als ärztliche Tätigkeit auszuüben.

Insgesamt nahmen in China sechs Therapeuten aus der Akupunktur-Ambulanz des First Teaching Hospitals des TJUTCM teil, die durch den Klinikdirektor bestimmt wurden. In Argentinien wurden insgesamt neun Therapeuten aus dem Instituto Médico Argentino de Acupuntura (IMADA) in Buenos Aires in die Studie eingeschlossen. Unter ihnen befand sich auch die Leiterin der IMADA. In Deutschland wurden die teilnehmenden Therapeuten über die Plattform des Qualitätszirkels Akupunktur¹¹ der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur (DÄGfA) in Berlin sowie in Augsburg rekrutiert. Die offizielle Kontaktaufnahme erfolgte über die Studienleitung aus Deutschland (PB). Es fanden sich jeweils drei Therapeuten in Berlin und drei Therapeuten in Augsburg, die der Teilnahme an der Studie zustimmten.

¹¹ Qualitätszirkel Akupunktur: Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten, die durch regelmäßige Treffen und Austausch für die Qualitätssicherung der Akupunktur im niedergelassenen Bereich sorgen.

2.6.2 Patientenrekrutierung sowie Ein- und Ausschlusskriterien

In allen drei Ländern sollte die gleiche Anzahl an Patienten und die entsprechenden behandelnden Therapeuten befragt werden. Die Größe der Patientenstichprobe richtete sich dabei nach den bestehenden Literaturangaben. Nach Mason sei die zu untersuchende Patientenzahl in der qualitativen Forschung tendenziell kleiner als in quantitativen Studien [65]. Nach Angaben aus früheren qualitativen Untersuchungen ist ein neuer Informationsgewinn kaum mehr zu erwarten, nachdem etwa 15 Transskripte durchgesehen wurden [66]. Diese Stagnation an neuen Informationen wird als theoretische Sättigung bezeichnet [67]. Unter der Annahme, dass eine solche theoretische Sättigung dann womöglich eintreten würde und unter der Berücksichtigung der Menge an Daten aus drei Ländern, die am Ende qualitativ auszuwerten waren, wurde entschieden, 14 Patienten pro Land in die Studie einzuschließen.

Die Forscherinnen entschieden über den Einschluss der Patienten nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien (s. Tabelle 3). Die Diagnose des HWS-Syndroms wurde von den behandelnden Therapeuten gestellt.

Tabelle 3. *Ein- und Ausschlusskriterien für die teilnehmenden Patienten*

Einschlusskriterien	
	Schmerzen im HWS-Bereich und Bewegungseinschränkung
	Alter zwischen 18 und 75 Jahren
	Keine Akupunktur in den letzten zwei Wochen vor Rekrutierung
	Schriftliches Einverständnis
Ausschlusskriterien	
	Systemische oder inflammatorische muskuloskelettale Erkrankung (z.B. Rheumatoide Arthritis, Akute Rheumatisches Fieber, M. Reiter, M. Paget, M. Bechterew etc.)
	Trauma mit Frakturen und operative Behandlung
	Schwere systemische Erkrankung
	Massive degenerative Erkrankung
	Neurologische Defizite
	Abhängigkeit, Sucht oder andere Erkrankung, welche den Patienten so beeinflusst, dass sie oder er nicht in der Lage ist, die Art und die möglichen Konsequenzen dieser klinischen Studie zu verstehen
	Schwangere oder Stillende Frauen
	Maligne Erkrankungen
	Infektiöse Erkrankungen
	Schmerzmittel- oder andere Medikamentenabhängigkeit
	Begleitende Therapie mit Kortikosteroiden oder Statinen
	Psychiatrische Erkrankungen

2.7 Der Multimethodische Ansatz

2.7.1 Quantitative Methoden

Schmerzstärke anhand der Numerischen Rating Skala (NRS)

Die NRS ist eine eindimensionale Skala mit den Werten 0 bis 10, anhand derer die Schmerzintensität vom Betroffenen selbst eingeschätzt wird. Der Wert 0 steht für keine Schmerzen und 10 für stärkste vorstellbare Schmerzen. Die Patienten wurden jeweils vor der ersten und nach Abschluss der letzten Akupunktur gebeten, die Schmerzintensität im HWS-Bereich anhand dieser Skala mündlich anzugeben. Die NRS stellt unter den Messmethoden, die die subjektive Schmerzwahrnehmung quantifizieren, wie die Visuelle Analog Skala (VAS) oder die Verbale Rating Skala (VRS), diejenige Methode dar, die am einfachsten durchzuführen ist und die höchste Sensitivität aufweist [68]. Die Auswertung der Veränderung der Schmerzstärke erfolgte deskriptiv anhand eines Scatterplots der individuellen Schmerzstärke vor und nach Therapie.

Aktive Beweglichkeit der HWS (Cervical Range of Motion, CROM)

Das aktive Bewegungsausmaß der HWS wurde in sechs Richtungen mittels eines standardisierten Inklinometers CROM [69] gemessen: Flexion und Extension, Rotation rechts und links sowie Inklinations rechts und links. Gemessen wurde die Beweglichkeit der HWS jeweils vor der ersten und nach Abschluss der letzten Akupunktur. Dieses Messinstrument stellt mit der einfachen Handhabung eine Methode mit hoher Vergleichbarkeit und Reliabilität zur Messung des Bewegungsumfanges der HWS dar [70]. Für die Auswertung der Ergebnisse wurde die mediane Veränderung der aktiven zervikalen Beweglichkeit in einem Boxplot abgetragen.

Therapeutenfragebogen

Die eingeschlossenen Therapeuten wurden gebeten, einen Fragebogen zu Akupunktur-spezifischen Ausbildung auszufüllen. Die Ergebnisse aus den drei Ländern wurden deskriptiv vergleichend dargestellt. Abbildung 1 zeigt den Therapeutenfragebogen mit den Fragen zur Akupunktur-spezifischen Ausbildung.

1.	Wie viele Jahre praktizieren Sie bereits Akupunktur?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≤ 1a	≤ 2a	≤ 3a	≤ 4a	≤ 5a	≤ 10a	≤ 20a	≤ 30a	> 30a	
2.	Welche Akupunkturschule(n) haben Sie besucht?									
3.	Wie viele Stunden beinhaltete Ihre Akupunkturausbildung?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	≤ 100h	100h – 300h	300h – 500h	> 500h						
4.	Welchen Akupunkturstil wenden Sie hauptsächlich an?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	TCM	Japanisch	Westlich	Koreanisch	Andere:	_____				
5.	Welche Techniken verwenden Sie bei der Akupunkturlokalisation...									
	a) ... bei der Körperakupunktur?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cun	Cunmeter	Skin Resistance	Very Point Technik	RAC	Intuition	Andere:	_____		
	b) ... bei der Mikrosystemakupunktur, sofern Sie diese anwenden?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cun	Cunmeter	Skin Resistance	Very Point Technik	RAC	Intuition	Andere:	_____		
6.	Wie häufig behandeln Sie HWS-Patienten?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	< 1x/ Woche	1-3x/ Woche	4-7x/ Woche	> 7x/ Woche						

Abbildung 1. *Therapeutenfragebogen zu Akupunktur-spezifischen Ausbildung*

2.7.2 Qualitative Methoden

Feldnotizen anhand der teilnehmenden Beobachtung

Um die Praxis der Akupunktur bei HWS-Syndrom in China, Deutschland und Argentinien vergleichen zu können, wurde eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt, die eine Standardmethode in der qualitativen deskriptiven Feldforschung darstellt [64]. Die Forscherinnen nahmen jeweils am klinischen Alltag der untersuchten Patienten und Therapeuten in den Akupunkturzentren sowie Praxen teil und dokumentierten ihre Beobachtungen in Form von Feldnotizen. Hierzu wurde in der Vorbereitungsphase ein Beobachtungsleitfaden konzipiert. Die Punkte auf diesem Leitfaden wurden nach den STRICTA Richtlinien [71] und eigenen Ergänzungen zusammengestellt, siehe Abbildung 2.

Interaktion
<ul style="list-style-type: none">- Kommunikation zwischen Patient und Therapeut beziehungsweise dem medizinischen Personal- Begrüßungs- und Verabschiedungsrituale- Allgemeine Stimmung
Behandlungssetting
<ul style="list-style-type: none">- Ausstattung der Räumlichkeiten, in denen die Akupunktur-Behandlung durchgeführt wurde- Ausstattung des Wartebereichs- Geräuschkulisse- Geruch- Temperatur- Hygienesituation
Behandlungsablauf
<ul style="list-style-type: none">- Anamnese- Diagnostik- Aufklärung- Akupunktur-Therapie an sich- Wartezeit- Behandlungsposition- Akupunktur Stil- Technik zur Punktlokalisation- Die am häufigsten verwendeten Punkte- Anzahl der Nadeln- Zeit für das Setzen der Nadeln- Stärke der Nadeln (Dicke und Länge)- Einstichtiefe- Technik der Manipulationen bei der Akupunktur- Auslösen von „De Qi“- Ruhezeit- Wer zieht nach Beendigung der Therapie die Nadeln?- Frequenz der Behandlungen- Anzahl der Behandlungen insgesamt.

Abbildung 2. Leitfaden für Notizen zur Beobachtung im Forschungsfeld

Teilstrukturierte Tiefeninterviews

Die teilstrukturierten Tiefeninterviews machten den größten und wichtigsten Teil der Datenerhebung aus. Es wurde das sogenannte Problemzentrierte Interview angewandt, das nach Mayring ein offenes Gespräch darstellt, in dem die Befragten möglichst frei zu Wort kommen [64]. In der Vorbereitungsphase wurden nach eingehender Literaturrecherche die zentralen Aspekte für den Interviewleitfaden zusammengestellt. Die Forscherinnen erhielten durch die zuvor genannten Kollegen aus Heidelberg (SJ, IN) eine Einführung und Einarbeitung in die Grundlagen der qualitativen Forschung sowie ihre methodischen und analytischen Ansätze. Insbesondere wurden die Forscherinnen auf eine richtige Interviewführung hin geschult. Der Interviewleitfaden wurde für den chinesischen sowie argentinischen Teil der Studie von der jeweiligen verantwortlichen Forscherin ins Chinesische beziehungsweise ins Spanische übersetzt. Squires [52] empfiehlt die Testung der Interviewleitfäden anhand von Probeinterviews vor Beginn der Studie. Dies erfolgte jeweils im privaten Umfeld der Forscherinnen in der jeweiligen Sprache der Studienteilnehmer. Abbildung 3 zeigt den methodischen Ablauf der Datenerhebung anhand der teilstrukturierten Interviews.

Bei der Durchführung der Interviews wurde auf eine offene Gesprächsform geachtet, in der der Interviewleitfaden als Gedankenstütze flexibel genutzt wurde. Die Patienten wurden jeweils vor und nach der Therapie befragt. Die Therapeuten wurden jeweils in einem Interview zu allgemeinen Themen und nach Beendigung der Therapie in einem zweiten Interview zu patientenspezifischen Themen befragt. Alle Interviews wurden mit einem Audiorecorder aufgenommen, um später die Transkription und Analyse vornehmen zu können. Dieses Verfahren stellt in der qualitativen Interviewforschung den Standard dar [72]. Vor jeder Aufnahme eines Interviews wurde auf die Pseudonymisierung hingewiesen. Vor den Interviews wurden zudem soziodemographische und indikationsspezifische Daten in Interviewprotokollen notiert. Für die Themen und Leitfragen der Interviews im Überblick siehe Abbildungen 4 bis 7.

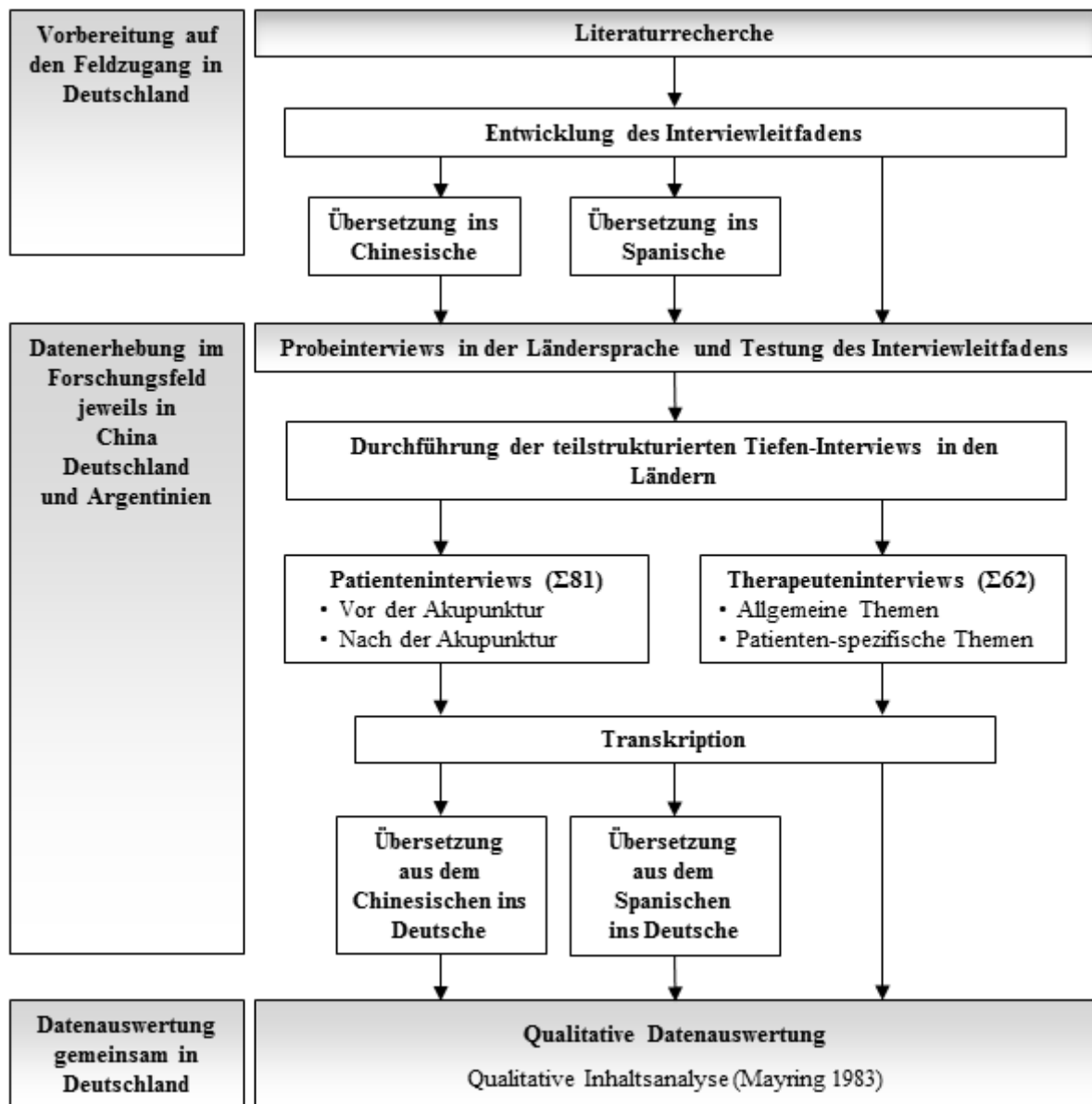


Abbildung 3. Übersicht Datenerhebung anhand der teilstrukturierten Tiefeninterviews

Leitfragen für Patienteninterviews vor der Akupunkturbehandlung

Einleitungsfrage:

- *Wie fühlen Sie sich?*
 - *Warum sind Sie hier?*
1. **Krankheits- und Gesundheitsverständnis**
 - *Worin sehen Sie die Ursache Ihrer Beschwerden?*
 - *Hauptursache*
 - *Weitere Ursachen*
 - *Was müsste Ihrer Meinung nach geschehen, damit Ihre Beschwerden gelindert werden?*
 2. **Hintergrund der Patienten bezüglich der Akupunkturbehandlung**
 - *Wie kam es, dass Sie sich für eine Akupunkturbehandlung entschieden haben?*
 - *Warum an dieser Klinik?*
 - *Vorerfahrung mit Akupunktur* - *wie oft?*
 - *welche Erfahrung?*
 3. **Auffassung von der Wirkung der Akupunktur**
 - *Welche Effekte erwarten Sie sich von der Akupunkturbehandlung?*
 - *Bitte beschreiben Sie nach Ihrer persönlichen Auffassung den Wirkmechanismus der Akupunktur*
 - *Qi*
 - *Meridiane*
 4. **Erwartungen an die Akupunkturbehandlung**
 - *Wie kann die Akupunktur Ihrer Meinung nach zur Linderung Ihrer Beschwerden beitragen?*
 - *Was erwarten Sie von dem Arzt, der Sie akupunktiert?*
 - *Ist die Anzahl der Akupunkteure relevant?*
 5. **Die Rolle der Akupunktur in der Medizin**
 - *Haben Sie im Vorfeld bereits andere Therapeuten aufgesucht oder andere Verfahren ausprobiert?*
 - *Wie sehen Sie die Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapieformen?*

Abbildung 4. Leitfragen für Patienteninterviews vor der Akupunktur

Leitfragen für Patienteninterviews nach der Akupunkturbehandlung

Einleitungsfrage:

- *Wie fühlen Sie sich jetzt?*
- 1. **Ablauf der Akupunkturbehandlung**
 - *Sind die Akupunktursitzungen so abgelaufen, wie Sie es erwartet haben?*
 - *Wie empfanden Sie die Akupunkturbehandlung?*
 - *Anamnese*
 - *Nadelung*
 - *Ruhephase*
 - *Von wie vielen Therapeuten wurden Sie insgesamt behandelt?*
- 2. **Arzt-Patienten-Beziehung**
 - *Wie empfanden Sie die Interaktion mit dem Therapeuten?*
 - *Sich in guten Händen wissen?*
 - *Erklärung bezüglich Akupunktur und Beschwerden seitens des Therapeuten?*
- 3. **Akupunkturreffekte versus Erwartung**
 - *Wurden Ihre Beschwerden entsprechend Ihrer Erwartungen gelindert oder eher nicht?*
 - *Raschere oder spätere Linderung erwartet?*
 - *Gibt es weitere Dinge oder Beschwerden, die sich durch die Akupunkturbehandlung verändert haben?*
 - *Hat sich Ihr Bild von der Akupunktur bestätigt oder verändert?*
- 4. **Aufwand**
 - *Wie beurteilen Sie das Preis-Leistungs-Verhältnis der Akupunkturbehandlung?*
 - *Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand für eine Akupunkturbehandlung?*

Abbildung 5. Leitfragen für Patienteninterviews nach der Akupunktur

Leitfragen für Therapeuteninterviews: Allgemeiner Teil

1. Krankheits- und Gesundheitsverständnis
 - *Welche Rolle nimmt der Schmerz in Ihrer Auffassung von Gesundheit ein?*
 - *Wie können Sie als Therapeut auf das Schmerzgeschehen eines Patienten einwirken?*
2. Akupunkturausbildung
 - *Was war Ihre Motivation, Akupunktur zu erlernen?*
3. Auffassung von der Wirkung der Akupunktur
 - *Bitte beschreiben Sie nach Ihrer persönlichen Auffassung den Wirkmechanismus der Akupunktur*
 - *Qi*
 - *Meridiane*
 - *Funktionskreise*
 - *Rolle des Akupunkteurs*
4. Therapie und Empfehlungen
 - *Wie klären Sie den Patienten über die Akupunkturbehandlung auf?*
 - *Welche Empfehlungen geben Sie dem Patienten im Rahmen einer Akupunkturbehandlung?*
 - *Im Vorfeld*
 - *Danach*
 - *Empfehlen Sie dem Patienten oft weitere Maßnahmen bzw. Verhaltensänderungen?*
5. Die Rolle der Akupunktur in der Medizin
 - *Wie sehen Sie die Akupunktur im Vergleich zu andere Therapieformen?*
6. Arzt-Patienten-Beziehung
 - *Wie empfinden Sie die Interaktion mit dem Patienten während einer Akupunkturbehandlung?*
 - *Konversation*
 - *Offene/ geschlossene Haltung des Patienten*

Abbildung 6. Leitfragen für Therapeuteninterviews: Allgemeiner Teil

Leitfragen für Therapeuteninterviews: Patienten-spezifischer Teil

1. Krankheits- und Gesundheitsverständnis
 - *Worin sehen Sie die Hauptursache für die Beschwerden des Patienten?*
 - *Wie schätzen Sie die aktuelle Gesundheitssituation des Patienten ein?*
2. Akupunktureffekte versus Erwartung
 - *In wie fern glauben Sie, dass die Akupunktur zur Linderung der Beschwerden und der Veränderungen des Patienten beigetragen hat?*
 - *Entsprechend der Erwartung*
 - *Welche weiteren Veränderungen konnten Sie bei dem Patienten beobachten?*
 - *Positive*
 - *Negative*

Abbildung 7. Leitfragen für Therapeuteninterviews: patientenspezifischer Teil

Datenerfassung und Transkription

Im Anschluss an die Interviewführung wurden die Audioaufnahmen wortgetreu transkribiert. Die chinesischen und spanischen Interviewtransskripte wurden durch die Forscherinnen, die auch die jeweiligen Interviews durchgeführt hatten, ins Deutsche übersetzt. Hierbei ist anzumerken, dass jede Übersetzung bereits eine Interpretation des Textmaterials darstellt, die durch persönliche Ansichten, Erfahrungen und die Identität des Übersetzers geformt wird [73, 74]. Dadurch, dass die Interviewerin auch die Übersetzung vornahm, wurde gewährleistet, dass das endgültige deutschsprachige Transskript im richtigen Kontext erschien. Die endgültigen Interviewtransskripte wurden ins normale Schriftdeutsch übertragen: Die Interviewtransskripte wurden von Dialekt bereinigt, Satzbaufehler wurden behoben und der Stil geglättet, da bei unserer Untersuchung die inhaltlich thematische Ebene im Vordergrund stand. Nonverbale Ereignisse wurden als kommentierte Transkriptionen erfasst. Jedes Interviewtransskript wurde pseudonymisiert und einer Identifikationsnummer zugeordnet, siehe Tabelle 4.

Tabelle 4. *Legende für die Identifikationsnummern der Interviewtransskripte und Zitate*

X	X	X	Nummer	Zahl	
C					China
D					Deutschland
A					Argentinien
	P				Patient
	T				Therapeut
		A			Anfang (Interview vor Therapie bzw. Allgemeiner Teil)
		E			Ende (Interview nach Therapie bzw. patientenspezifischer Teil)
			Nummer		Identifikationsnummer des Therapeuten oder Patienten
				Zahl	Zeilenangabe im Interviewtransskript
Beispiel Zitat: [CPA05, 35]					
C	P	A	05	35	Interview vor Therapie mit Patient 05 aus China, Zeile 35
I					Aussagen des Interviewers
(...)					Sprechpause im Interviewtransskript
(Text)					Kommentierte Transkription nonverbaler Ereignisse im Interview
[...]					Von Autorin ausgelassener Interviewabschnitt im Zitat
[Text]					Von Autorin eingefügte Ergänzungen im Zitat

Auswertung der Interviews

Bei der Auswertung der teilstrukturierten Tiefeninterviews richteten wir uns nach den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [64]. Im Mittelpunkt der qualitativen Auswertung stand das Zuordnen von Textbestandteilen in ein Kategoriensystem. Das Kategoriensystem entwickelte sich sowohl induktiv aus dem Textmaterial heraus als auch deduktiv theoriegeleitet. Im induktiven Verfahren wurden bei der Auswertung der Daten stets die Forschungsfragen an das Textmaterial gerichtet und die relevanten Textstellen für die Beantwortung der Forschungsfragen gesucht. Im deduktiven Verfahren wurden Konzepte und Kategorien durch bereits bestehende Kenntnisse von Theorien direkt entwickelt und relevante Textstellen diesen Kategorien zugeordnet [75]. Als drittes Verfahren wurde die sogenannte Abduktion angewandt [76]. Bei diesem Verfahren gingen die Forscher offen an den Text heran und identifizierten zusätzliche Themen, die weder in den Forschungsfragen noch in den Theorien des Hintergrundwissens auftauchten. Diesem Prozess folgte dann wiederum eine deduktive oder induktive Kategorienbildung (s. Abbildung 8).

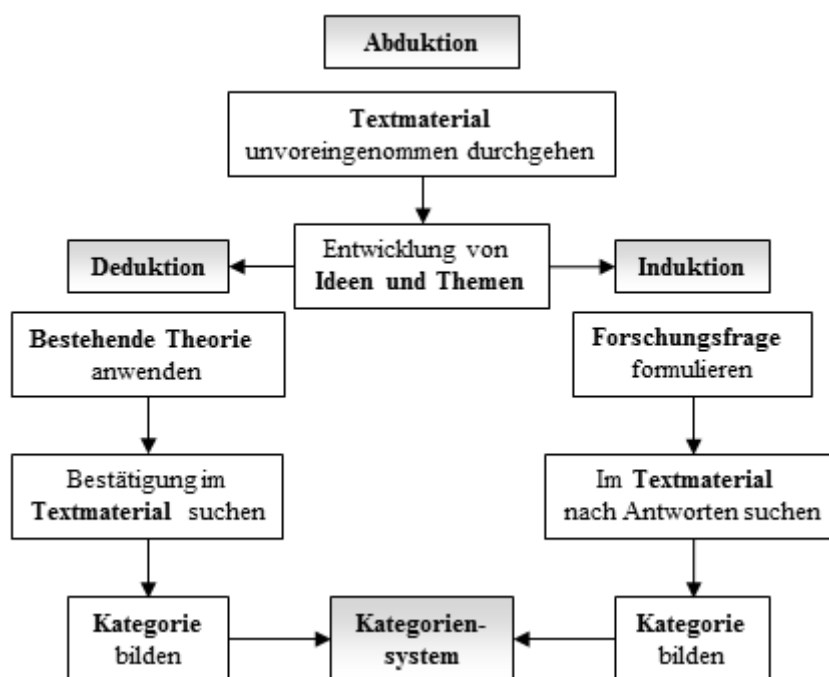


Abbildung 8. Übersicht abduktiv-deduktiv-induktive Verfahren zur Bildung des Kategoriensystems

Das Kategoriensystem unterteilt sich in Kategorien, Subkategorien und Codes (s. Abbildung 9). Der Vorgang, in dem relevante Textstellen einem Code zugeordnet werden, wird als Kodieren bezeichnet. Hierfür wurde die Analysesoftware MAXQDA¹⁰ (© VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, Marburg/Berlin 2011) genutzt. Dieses Programm ist nach Kuckartz für das Verfahren nach Mayring gut geeignet [77]. In diesem Programm konnten während der systematischen Kodierung der Interviewtranskripte zusätzliche Notizen in Form von Memos direkt im Textmaterial festgehalten werden.

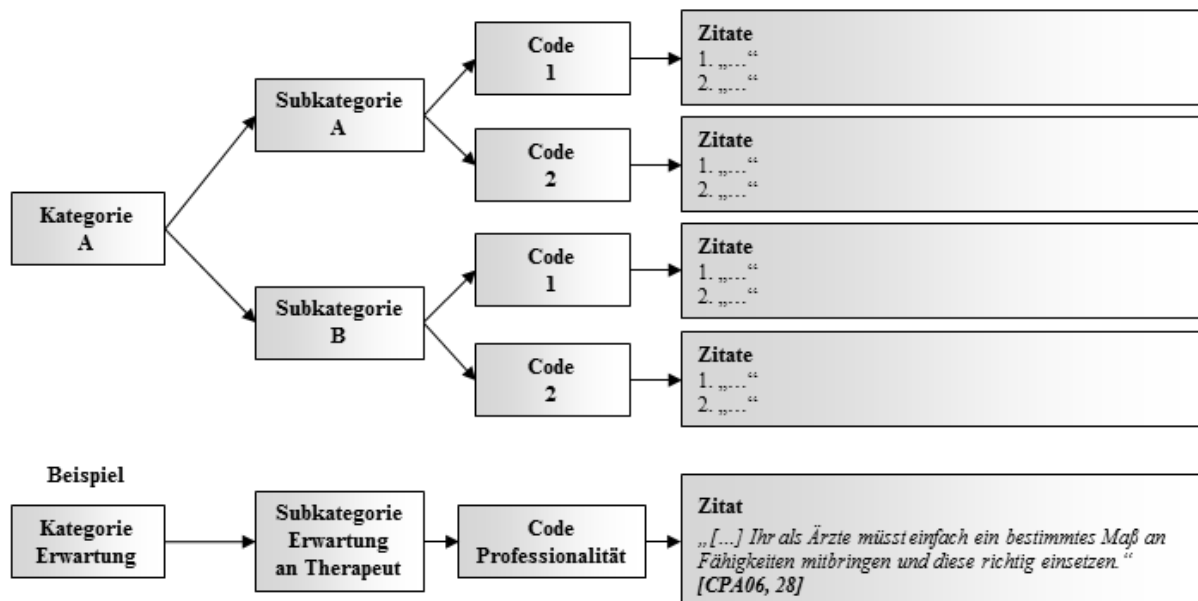


Abbildung 9. Vorgang des Kodierens anhand eines Beispiels

Das Kategoriensystem entwickelte sich zunächst anhand von einigen wenigen Interviews aus den drei Ländern. An der Kategorienbildung sowie am Vorgang der Kodierung waren alle drei Forscherinnen unter Mitwirkung von MA beteiligt. Jeder von ihnen arbeitete unabhängig voneinander. Dabei wurden die Kriterien für die Zuordnung einer Textstelle in eine Kategorie so lange diskutiert, bis für alle Kategorien ein Konsens im Forscherteam entstand. Das Kategoriensystem wurde so lange modifiziert und verbessert, bis keine neuen Kategorien mehr hinzukamen. Das endgültige Kategoriensystem wurde schließlich auf alle Interviews angewandt (s. Abbildung 10). In Anlehnung an Malterud wurde die Interkoderreliabilität durch die Auswertung der Daten jeweils in einem Zweier-Team gewährleistet [78].

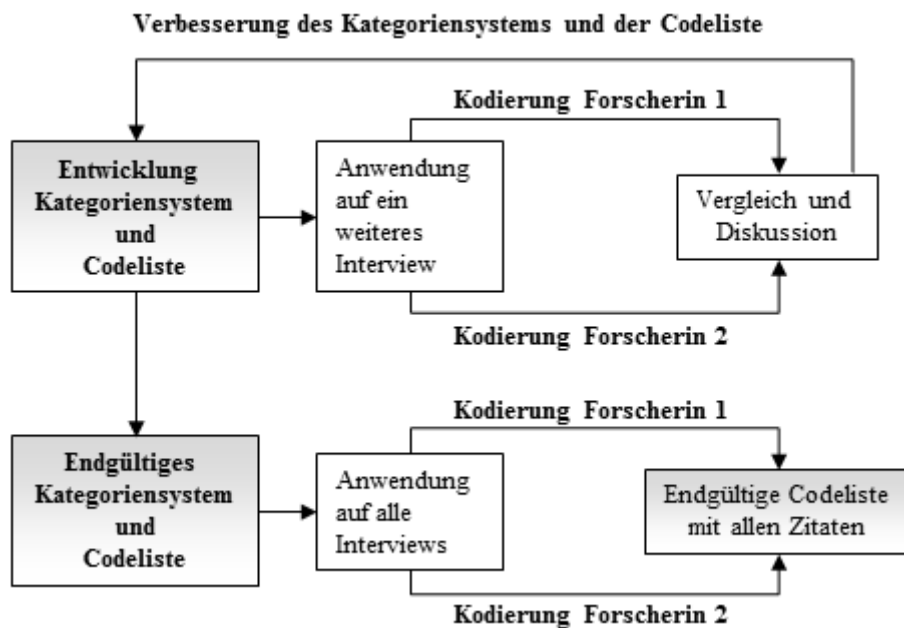


Abbildung 10. Entwicklung des Kategoriensystems und der Codeliste

Das Kategoriensystem umfasste am Ende des Kodier-Vorgangs insgesamt acht Kategorien: „Krankheitsursache“, „Erwartung an die Akupunktur“, „Infoquellen und Empfehlungen bezüglich Akupunktur“, „Rolle der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien“, „Theorie und Glaubensmodell“, „Wahrnehmung während der Akupunktur“, „Rolle des Schmerzes“ sowie „zeitlicher und finanzieller Aufwand für die Akupunktur“. Diese Kategorien ließen sich ferner in Subkategorien unterteilen und diese wiederum in entsprechende Codes. Abbildung 11 zeigt einen Ausschnitt aus dem Kategoriensystem, der diese Untergliederung an einem konkreten Beispiel veranschaulicht.

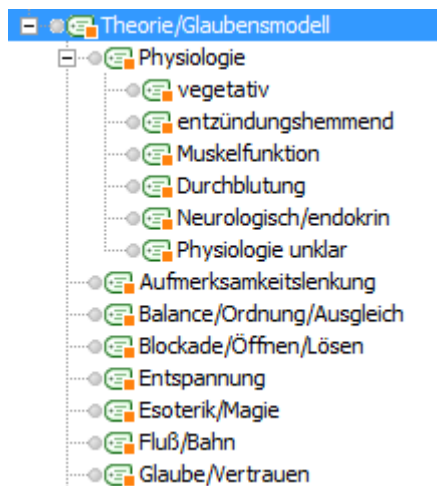


Abbildung 11. Ausschnitt aus dem Kategoriensystem (MAXQDA Dokument) mit dem Beispiel „Theorie und Glaubensmodell“ als Kategorie mit Subkategorien und Codes

In Anbetracht der Fülle der Themen wurden die Kategorien auf zwei voneinander unabhängige Dissertationsarbeiten aufgeteilt. In dieser Arbeit wurden die ersten fünf Kategorien behandelt: „Krankheitsursache“, „Erwartung an die Akupunktur“, „Infoquellen und Empfehlungen bezüglich Akupunktur“, „Rolle der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien“, „Theorie und Glaubensmodell“. In einer zweiten Arbeit werden die restlichen drei Kategorien behandelt: „Wahrnehmung während der Akupunktur“, „Rolle des Schmerzes“, „zeitlicher und finanzieller Aufwand für die Akupunktur“. Durch diese Aufteilung der Themen wurde in dieser Arbeit nicht auf alle Fragen aus den Interviewleitfäden eingegangen.

Nachdem die Kodierung aller Interviewtransskripte erfolgt war, schloss sich der Ländervergleich an. Hierfür wurden jeweils alle Zitate für einen Code abstrahiert, zusammengefasst, strukturiert und für jedes Land im Ergebnisteil in ihren wichtigsten Kernaussagen dargestellt (s. Abbildung 12). Um die Crediabilität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden alle Aussa-



Abbildung 12. Qualitative Inhaltsanalyse und der Ländervergleich

gen im Ergebnisteil mit einem Zitat aus den Interviews belegt. Gleichzeitig nahmen wir eine Explikation bestimmter Textstellen im Sinne einer engen Kontextanalyse vor, um Zusammenhänge im Textmaterial zu erklären und verständlich zu machen. Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung stellen nach Mayring die Grundformen der Techniken qualitativer Inhaltsanalyse dar [64].

Den letzten Schritt der Auswertung stellte das In-Beziehung-Setzen der Kategorien dar, das eine analytische, distanzierte Auseinandersetzung mit den Daten voraussetzte. In der Zusammenfassung der Ergebnisse wurden im Sinne eines Ländervergleichs zunächst jeweils aus Sicht des Patienten und des Therapeuten bezogen auf den Untersuchungsgegenstand zusammenfassende Geschichten dargelegt. Diese Geschichten beinhalten die zuvor identifizierten Kategorien und unterscheiden sich für jedes untersuchte Land im Detail. Dies stellt eine Methodik der Grounded Theory [79] dar, die das zentrale Phänomen der Untersuchung durch die Konzeptualisierung einer Geschichte mit einem roten Faden beschreibt, von Strauss und Corbin als „story line“ bezeichnet (s. Abbildung 13) [67]. Anschließend konnten anhand der Geschichten und bestehenden Kategorien drei Kernkategorien formuliert werden, die in ein Konzept gebracht wurden, das anhand eines Modells graphisch dargestellt und erläutert wird. Unsere Interpretationen in der anschließenden Diskussion sowie die Hypothesenbildung richteten sich nach den Ergebnissen aus unserem Ländervergleich sowie nach der aktuellen Literatur.

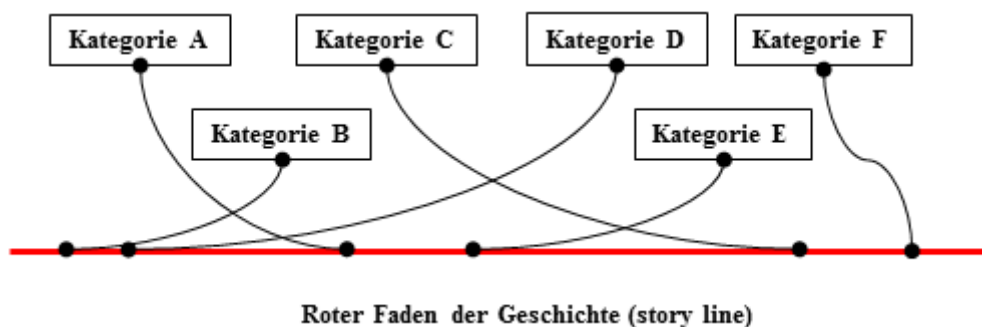


Abbildung 13. Konzeptualisierung der Geschichte (story line)

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse des Ländervergleichs anhand der Feldnotizen, teilstrukturierten Tiefeninterviews, Therapeutenfragebögen und den quantitativen Daten dargestellt. Die Ergebnisse der Interviews sind nach den identifizierten Codes gegliedert und durch Zitate der Studienteilnehmer belegt.

3. Ergebnisse

3.1 Studienteilnehmer

3.1.1 Therapeutenkollektiv (Therapeutenfragebogen)

In China nahmen sechs Therapeuten der Universitätsklinik Tianjin an der Studie teil (vier weiblich). Alle Therapeuten waren chinesischer Nationalität. Von den sechs Therapeuten hatten fünf promoviert. Ein Therapeut hatte einen Bachelorabschluss in TCM. In China ist die Ausbildung der TCM-Ärzte einheitlich im Rahmen eines universitären Studiums mit einem Bachelorabschluss nach fünf Jahren, einem Masterabschluss nach weiteren drei Jahren und der anschließend möglichen Promotion geregelt. Im Rahmen der Fragebogenerhebung gaben fünf der Therapeuten an, über 20 bis 30 Jahre im Bereich Akupunktur tätig gewesen zu sein. Eine Therapeutin hatte eine klinische Erfahrung mit Akupunktur von unter zwei Jahren. Im Durchschnitt behandelten die eingeschlossenen chinesischen Therapeuten etwa drei HWS-Syndrom Patienten pro Woche.

In Deutschland nahmen sechs niedergelassene Fachärzte an der Studie teil, die unabhängig voneinander in Berlin oder Augsburg tätig waren (vier weiblich). Alle waren deutscher Nationalität. Unter ihnen befanden sich drei Fachärzte für Orthopädie, zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin und ein Facharzt für Gynäkologie. Alle sechs Therapeuten hatten im Rahmen von Weiterbildungen die Zusatzqualifikation für Akupunktur erworben sowie andere Zusatzbezeichnungen (Tabelle 5). Im Rahmen der Fragebogenerhebung gaben fünf Therapeuten an, eine Zusatzausbildung in Akupunktur über 300 bis 500 Stunden absolviert zu haben. Ein Therapeut gab an, eine Akupunkturausbildung über 500 Stunden durchlaufen zu haben. Bei ihnen lag die klinische Erfahrung mit Akupunktur im Durchschnitt bei über 20 Jahren. Drei der deutschen Therapeuten gaben an, im Durchschnitt einen Patienten mit HWS-Syndrom pro Woche zu behandeln. Zwei der Therapeuten sahen bis zu drei HWS-Patienten pro Woche und ein Therapeut gab an, mehr als vier HWS-Patienten pro Woche zu behandeln.

In Argentinien nahmen insgesamt neun Therapeuten des Instituto Médico Argentino de Acupuntura (IMADA) in Buenos Aires an der Studie teil (acht weiblich). Von ihnen waren acht Teilzeit und einer Vollzeit in dem Akupunktur Institut angestellt. Davon waren sieben Therapeuten argentinischer und jeweils eine Therapeutin deutscher beziehungsweise italienischer Nationalität. Unter den teilnehmenden Therapeuten befanden sich fünf Fachärzte für Allgemeinmedizin und jeweils ein Facharzt für Augenheilkunde, Radiologie, Chirurgie und Physi-

kalische Medizin. Die Therapeuten hatten alle eine zusätzliche Ausbildung in Akupunktur absolviert, wobei diese in Argentinien nicht einheitlich strukturiert ist. Im Rahmen der Fragebogenerhebung gaben vier der Therapeuten an, eine Akupunkturausbildung von über 500 Stunden durchlaufen zu haben. Drei der Therapeuten gaben an, eine Akupunkturausbildung von 300 bis 500 Stunden absolviert zu haben und zwei der Therapeuten gaben an, eine Akupunkturausbildung von 100 bis 300 Stunden abgelegt zu haben. Die klinische Erfahrung mit Akupunktur lag bei sechs der argentinischen Therapeuten bei drei bis fünf Jahren. Ein Therapeut hatte die Akupunktur weniger als drei Jahre praktiziert, ein weiterer war zehn bis 20 Jahre im Bereich Akupunktur tätig und einer praktizierte Akupunktur über 20 Jahre. Sechs der argentinischen Therapeuten gaben an, im Durchschnitt bis zu drei HWS-Patienten pro Woche zu therapieren, zwei der Therapeuten gaben an, im Durchschnitt bis zu sieben Patienten mit HWS-Syndrom pro Woche zu behandeln und ein Therapeut gab an, im Durchschnitt mehr als sieben HWS-Patienten pro Woche zu sehen.

Zusammenfassend unterschieden sich die Therapeuten vor allem hinsichtlich ihrer Ausbildungsdauer und fachärztlichen Qualifizierung. Während die Therapeuten in China jeweils ein Studium von mindestens fünf Jahre absolvierten, gaben die meisten Therapeuten aus Deutschland an, eine Akupunkturausbildung zwischen 300 und 500 Stunden und die meisten Therapeuten aus Argentinien eine Akupunkturweiterbildung entweder zwischen 300 und 500 oder mehr als 500 Stunden absolviert zu haben. In China handelte es sich um reine TCM Ärzte, während die Therapeuten in Deutschland und in Argentinien jeweils eine gesonderte konventionelle Facharztqualifizierung hatten.

Tabelle 5. *Therapeutenkollektiv mit Daten zu Akupunkturausbildung und Erfahrung in den drei Ländern*

Therapeut	Geschlecht ¹	Nationalität ²	Facharztausbildung	Weitere Zusatzqualifikationen	Dauer der Akupunkturausbildung	Klinische Erfahrung in Jahren	Anzahl der HWS-Syndrom Patienten pro Woche
China							
CT01	w	CN	Promoviert (TCM)	Chinesische Arzneitherapie	> 500h	≤ 30	1 - 3
CT02	m	CN	Promoviert (TCM)	Chinesische Arzneitherapie	> 500h	≤ 20	4 - 7
CT03	w	CN	Promoviert (TCM)	Chinesische Arzneitherapie	> 500h	≤ 20	4 - 7
CT04	m	CN	Bachelor (TCM)	Chinesische Arzneitherapie	> 500h	≤ 30	1 - 3
CT05	w	CN	Promoviert (TCM)	Chinesische Arzneitherapie	> 500h	≤ 20	1 - 3
CT06	w	CN	Promoviert (TCM)	Chinesische Arzneitherapie	> 500h	≤ 2	1
Deutschland							
DT01	w	DE	Orthopädie und Unfallchirurgie	Rheumatologie, Naturheilverfahren, Sportmedizin, Chiropraktik, Schmerztherapie,	> 500h	≤ 30	1 - 3
DT02	m	DE	Gynäkologie	Chinesische Arzneitherapie	300h - 500h	≤ 20	< 1
DT03	w	DE	Orthopädie	Rheumatologie, Spezielle Schmerztherapie, Psychosomatik, Teilradiologie, Physikalische Therapie, Sportmedizin, Chiropraktik	300h - 500h	≤ 20	1 - 3
DT04	w	DE	Orthopädie	Sonographie, Chiropraktik, Kinesiologie, Neuraltherapie, Sportmedizin, chinesische Ernährungsmedizin, Naturheilverfahren	300h - 500h	≤ 20	4 - 7
DT05	m	DE	Allgemeinmedizin	Umweltmedizin, Homöopathie	300h - 500h	≤ 10	< 1
DT06	w	DE	Allgemeinmedizin	Naturheilverfahren, Qi Gong	300h - 500h	≤ 20	< 1
Argentinien							
AT01	w	AR	Allgemeinmedizin		> 500h	≤ 5	1 - 3
AT03	w	AR	Augenheilkunde		> 500h	> 30	> 7
AT04	w	AR	Allgemeinmedizin		300h - 500h	≤ 5	1 - 3
AT05	w	IT	Physikalische Medizin		300h - 500h	≤ 3	1 - 3
AT06	w	AR	Radiologie	Homöopathie	300h - 500h	≤ 4	1 - 3
AT07	m	AR	Allgemeinmedizin	Psychosomatik	100h - 300h	≤ 5	4 - 7
AT08	w	DE	Allgemeinmedizin	Bachblüten	100h - 300h	≤ 10	4 - 7
AT09	w	AR	Allgemeinmedizin		> 500h	≤ 20	1 - 3
AT10	w	AR	Chirurgie		> 500h	≤ 5	1 - 3

¹Geschlecht (w: weiblich, m: männlich). ²Nationalität (CN: China, DE: Deutschland, AR: Argentinien, IT: Italien).

3.1.2 Patientenkollektiv

Die von uns befragten Patienten äußerten in allen drei Ländern eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der HWS als Hauptbeschwerde. Zusätzlich gaben die meisten Patienten Schmerzen an, die in Arme und Kopf ausstrahlen sowie Verspannungen im Nackenbereich. In China kam es häufiger noch zu Schwindel und Kribbelparästhesien der Hände und in Argentinien zu Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen. Die Dauer der Beschwerden hielt in China und Argentinien in den meisten Fällen bereits über Jahre, in Deutschland über Monate an. Angaben zu den zusätzlich angegebenen Beschwerden sowie Schmerzdauer, Krankheitsursache, TCM Diagnose, Vorerkrankungen und Begleiterkrankungen sind als indikationsspezifische Daten in Tabelle 8 bis 10 zusammengefasst. Die Krankheitsursache aus Patienten- und Therapeutesicht sowie die TCM Diagnose wird im Folgenden noch detaillierter in 1.3.1 und 1.3.2 beschrieben.

In China bestand das Patientenkollektiv aus zehn weiblichen und vier männlichen Patienten. Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung betrug das Durchschnittsalter 51 Jahre (39 bis 75). Im Laufe der Rekrutierung wurden in China fünf Patienten ausgeschlossen, da im Nachhinein eine Verletzung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien festgestellt wurde. Es war üblich, dass die Patienten ohne Voranmeldung kamen und die Therapie oft eigenständig abbrachen. Die zeitliche Vorgabe der Erhebung der Interviews sowie der quantitativen Daten konnte in den meisten Fällen nicht eingehalten werden. Die quantitativen Daten (NRS- und CROM-Werte) sowie das Interview vor Therapie wurden nur bei drei Patienten (**CP03**, **CP06**, **CP14**) gemäß dem Protokoll vor der ersten Therapie erhoben. Bei den restlichen elf Patienten fehlen die quantitativen Daten vor der Therapie. Zudem sind die Daten nach der Therapie bei drei Patienten unvollständig. **CP02** brach die Therapie ab, sodass die CROM-Werte nach Therapie fehlten. Bei ihr wurden das Interview und die Schmerzstärke nach Therapie telefonisch eingeholt. Bei **CP05** fehlen sowohl der CROM-Wert und die Schmerzstärke als auch das Interview nach Therapie, da die Behandlung auf Wunsch der Patientin abgebrochen wurde. Bei **CP10** wurde zwar das Interview nach der Therapie durchgeführt, jedoch musste aus zeitlichen Gründen auf die CROM-Messung nach der Therapie verzichtet werden. Somit konnten für die quantitative Beurteilung des Therapieerfolgs die NRS- und CROM-Werte von lediglich drei Patienten (**CP03**, **CP06**, **CP14**) herangezogen werden.

In Deutschland bestand das Patientenkollektiv aus zwölf weiblichen und zwei männlichen Patienten. Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung betrug das Durchschnittsalter 57 Jahre (33

bis 75). In Deutschland wurden sieben Patienten aufgrund einer Verletzung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien nicht eingeschlossen. Fehlende Daten bestanden nur bei einem eingeschlossenen Patienten (**DP01**), der die Therapie abgebrochen hat (Interview, die CROM-Werte sowie Schmerzstärke nach Therapie und das patientenspezifische Therapeuten-Interview fehlen). Für die Auswertung der quantitativen Daten (NRS- und CROM-Werte) gingen somit 13 Patienten aus dem deutschen Teil in die Studie ein.

In Argentinien bestand das Patientenkollektiv aus elf weiblichen und drei männlichen Patienten. Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung betrug das Durchschnittsalter 47 Jahre (28 bis 68). Bei der Rekrutierung in Argentinien ist anzumerken, dass die eingeschlossenen Patienten teilweise einen Preisnachlass erhalten haben, dafür, dass sie bei der Studie mitgemacht haben. Eine Patientin konnte aufgrund ihres Alters und einer zu starken kognitiven Einschränkung nicht eingeschlossen werden. In Argentinien waren die Daten bei drei Patienten unvollständig (**AP06, AP12, AP14**). Bei ihnen fehlten die CROM-Werte nach Therapie, da sie die Therapie abgebrochen haben. Die Interviews und Schmerzstärke nach Therapie wurden telefonisch eingeholt. Für die Auswertung der quantitativen Daten (NRS- und CROM-Werte) gingen somit elf Patienten aus dem argentinischen Teil der Studie ein.

In die Auswertung der qualitativen Daten wurden in allen drei Ländern alle 14 Patienten eingeschlossen. Die soziodemographischen Daten der Patienten sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Die ausgeschlossenen Patienten der drei Länder mit der jeweiligen Ausschluss Begründung sind in der Tabelle 7 aufgelistet.

Tabelle 6. Soziodemographische Daten der Patienten in den jeweiligen Ländern

	China (n=14)	Deutschland (n=14)	Argentinien (n=14)
Frauen / Männer	10 / 4	12 / 2	11 / 3
Alter in Jahre (Min - Max)	51 (39-75)	57 (33-75)	47 (28-68)
verheiratet	13	11	4
ledig	1	1	4
geschieden	-	1	5
verwitwet	-	1	1
Berufstätig	9	8	13
Hochschulabschluss	4	2	4

Tabelle 7. *Ausgeschlossene Patienten in den drei Ländern mit Begründung*

Patient	Geschlecht ¹	Alter ²	Ausschlussbegründung
China			
CP15	m	59	Z.n. Apoplex mit residualen neurologischen Ausfällen. Depression mit vegetativen Symptomen. Intermittierendem Vorhofflimmern
CP16	w	64	Z.n. Apoplex mit residualer Hemiparese links, unsicherer Gang, Begleiterkrankungen: Diabetes mellitus, KHK und art. Hypertonus
CP17	m	60	Linksseitige Parästhesie in oberer und unterer Extremität. HWS-Röntgen zeigte strukturelle Veränderung der Facettengelenke. Vordergründig stand die Therapie der Halbseitensymptomatik
CP18	m	62	Patient klagte über Kribbeln und Geschmack Missempfindungen der Zunge. Diagnose des Therapeuten lautete HWS-Syndrom, ohne Bewegungseinschränkung oder Schmerzen in der HWS
CP19	w	72	HWS-Beschwerden schon länger bestehend in Form von Bewegungseinschränkung, Schmerzen nicht eindeutig zu eruieren. Im Verlauf neu aufgetretener pulmonaler Infekt und Therapieabbruch
Deutschland			
DP03	w	41	Hat vor Studienbeginn bereits innerhalb der letzten zwei Wochen drei Akupunkturbehandlungen erhalten
DP04	w	60	Ist nur einmal zur Akupunktur erschienen, danach Studienabbruch
DP07	m	56	An Begleiterkrankungen bestand ein komplettes Querschnittssyndrom ab L1 bei Z.n. Unfall, zusätzlich bestand eine Amaurosis rechtsseitig, Patient war bereits in Behandlung mit Akupunktur
DP09	w	32	Patientin war zum Zeitpunkt der Studie schwanger
DP11	m	84	Patient war zu alt für die Studie
DP12	m	67	Statintherapie
DP16	m	?	Bekanntes Prostata-CA
Argentinien			
AP05	w	85	Patientin zu alt, für Interview zu stark kognitiv eingeschränkt

¹Geschlecht (w: weiblich, m: männlich). ²Alter in Jahre.

Tabelle 8. Indikationsspezifische Daten zu den Patienten in China

Patient Geschlecht ¹ , Alter ²	Zusätzlich ange- gebenen Beschwer- den	Schmerz- dauer	Ursache für HWS-Syndrom/ TCM Diagnose	Vorerkrankungen	Begleit- erkrankungen
CP01 w, 53	Kribbelparästhesien in Händen, Schulter- schmerzen, Kopf- schmerz	akut	Degenerative strukturelle Veränderung HWS, Verspannung der Muskulatur, Fehlhaltung	Uterusmyome	Schulter- entzündung
CP02 w, 75	Kopfschmerz	akut	Falsche Haltung/ Form der zervikalen Minderdurchblutung	Keine	Bluthochdruck Diabetes
CP03 w, 47	Kribbelparästhesien im Kleinen Finger rechte Hand, Schwindel	mehrere Jahre	Strukturelle Veränderung der HWS, Verspannung der Muskulatur, falsche Haltung berufsbedingt	Rezidivierendes HWS-Syndrom	keine
CP04 m, 26	Schwindel, Herzra- sen	mehrere Monate	Fehlhaltung, beruflicher Stress/ Qi Blockade	Z.n. Appendektomie	Kopfschmerzen Bluthochdruck
CP05 w, 49	Schwindel, Kribbel- parästhesien rechte Hand	mehrere Jahre	Strukturelle Veränderung an HWS/ Leber Qi Stagnation (Sympathikusform)	Z.n. Hysterektomie	Wechseljahres- beschwerden
CP06 w, 67	Schwindel, Un- wohlgefühl im Kopf	mehrere Jahre	Degenerative Veränderung, versäumte Therapie	Keine	Bluthochdruck
CP07 w, 39	Schmerz zieht bis in die Schultern	mehrere Jahre	Langjährige Fehlbelastung, Degenerati- ve Veränderung, beruflicher Stress/ Qi Blockade	keine	keine
CP08 w, 38	Verspannung im Nacken und unwill- kürliche Kopfdre- hung	akut	Überreagibilität der Nerven im HWS- Bereich, psychische Belastung	keine	Nervosität Schlaflosigkeit
CP09 w, 49	Keine	mehrere Monate	Langjährige degenerative Veränderung, versäumte Therapie, beruflicher und familiärer Stress / Ungleichgewicht zwischen Yin und Yang	keine	keine
CP10 w, 55	Schwindel, Übelkeit	mehrere Jahre	Falsche Haltung, versäumte Therapie, Verspannung im Nacken, Degenerative Veränderung/ Ungleichgewicht zwi- schen Yin und Yang,	keine	keine
CP11 m, 44	Kopfschmerz	akut	Kälte und Wind	Trigeminus Neural- gie	Keine
CP12 m, 62	Keine	mehrere Monate	Strukturelle Veränderung der HWS, Verspannung der Muskulatur, Fehlbelas- tung, Degenerative Veränderung, ver- säumte Therapie	keine	Schlafprobleme
CP13 m, 55	Schwindel, Kribbel- parästhesien in Händen	mehrere Jahre	Strukturelle Veränderung der HWS, langjähriges Problem	keine	Bluthochdruck
CP14 w, 51	Keine	mehrere Jahre	Fehlhaltung berufsbeding/ Nieren Qi Schwäche	keine	keine

¹Geschlecht (w: weiblich, m: männlich). ²Alter (Jahre).

Tabelle 9. Indikationsspezifische Daten zu den Patienten in Deutschland

Patient Geschlecht ¹ , Alter ²	Zusätzlich angegebenen Beschwerden	Schmerzdauer	Ursache für HWS-Syndrom/ TCM Diagnose	Vorerkrankungen	Begleiterkrankungen
DP01 w, 40	Schmerz zieht von Hals bis in den Lendenwirbelbereich	akut	Degenerative Veränderung der HWS	Keine	Keine
DP02 w, 67	Schwindel	mehrere Monate	Kraniomandibuläre Dysfunktion nach Zahn OP mit Kiefergelenksblockierung und Rotationsfehlstellung in HWS	Z.n. Cholezystektomie, Appendektomie, Tonsillektomie	Gastro-ösophagealer Reflux, Hypothyreose, arterieller Hypertonus
DP05 w, 63	Kopfschmerzen	mehrere Jahre	Degenerative Veränderung der HWS, innere Anspannung	Z.n. Mamma-CA 98/99 Radiochemotherapie	Herzrhythmusstörungen bei Vorhofflimmern
DP06 w, 75	Schmerzen ziehen bis in den Lendenwirbelbereich	mehrere Jahre	Degenerationen im Bereich der HWS	Z.n. Becken-Fixation	Bronchialasthma, Bluthochdruck, Migräne, Katarakt, Fibromyalgie
DP08 w, 62	Verspannung im Nacken	mehrere Monate	Muskuläre Dysbalance, Fehlhaltung, innere Anspannung	Keine	Klimakterische Störung, Schilddrüsenknoten
DP10 w, 43	Kopfschmerzen, Kribbelparästhesien im linken Arm	mehrere Monate	Dysbalance HWS-Muskulatur, Fehlhaltung, emotionaler Stress	Z.n. Hysterektomie, Z.n. Reduktionsmammaplastik	Hypothyreose, Migräne
DP13 w, 67	Kopfschmerzen	mehrere Monate	Stress/ Leber Qi Stagnation	Z.n. LWK-1-Sinterung, Z.n. Kyphoplastie, Z.n. Hörsturz	Arterieller Hypertonus
DP14 w, 56	Keine	mehrere Monate	Stressbelastung, Verspannung	Z.n. Basaliom OP (2005)	Struma nodosa
DP15 m, 33	Verspannung im Nacken ausstrahlend in linken Arm, Kopfschmerz	mehrere Monate	Muskuläre Verspannung, innere Anspannung, Stress, Ergonomie am Arbeitsplatz	Z.n. Syndesmosen-sprengung	Hämorrhoiden, Tinnitus, Schwindel, Tinnitus, Seborrhoisches Gesichtsekzem
DP17 w, 50	Keine	mehrere Monate	Psychosoziale Belastung, Fehlhaltung	Keine	arterieller Hypertonus, Migräne, 2 Protrusionen HWS, V.a. Hämochromatose
DP18 w, 62	Druck im Schulter Nacken Bereich	Akut	Psychosoziale Belastung, beruflich bedingte Fehlhaltung	Z.n. Uterussarkom OP, Cholezystektomie, Appendektomie	Hypothyreose nach Strumektomie, Gastritis, Karpaltunnel-syndrom, Glaukom
DP19 m, 67	Schmerzen ausstrahlend in den rechten Arm mit Kribbelparästhesien Fingerspitzen	mehrere Monate	Psychosoziale Belastung/ Leber Qi Stagnation	Z.n. Bandscheiben-OP LWS	COPD, Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus, Herzinsuffizienz, Aortendissektion, LWS-Syndrom, Prostatahyperplasie
DP20 w, 56	Spannungskopfschmerz	akut	Beruflich bedingte körperliche Anstrengung	Keine	Klimakterische Störung
DP21 w, 53	Verspannung im Nacken	mehrere Monate	Ergonomie am Arbeitsplatz, langjähriges Problem, psychosoziale Belastung	Keine	Varikosis, Haglund-Exostose, Migräne, Medikamenten induzierter Kopfschmerz

¹Geschlecht (w: weiblich, m: männlich). ²Alter (Jahre).

Tabelle 10. Indikationsspezifische Daten zu den Patienten in Argentinien

Patient Geschlecht ¹ , Alter ²	Zusätzlich angegebenen Beschwerden	Schmerz- dauer	Ursache für HWS-Syndrom/ TCM Diagnose	Vorerkrankungen	Begleiterkrankungen
AP01 w, 68	Schmerz zieht von Kopf bis zur Schulter	> zehn Jahre	Psyche, Chronische Radikulopa- thie/Lungen-schwäche, Nieren- schwäche, Yin Leere der Leber	Makuladegeneration	Makuladegeneration, Reizdarmsyndrom Bluthochdruck, Vari- kosis
AP02 m, 56	Schwindel, Schmerzen in den Schultern	mehrere Jahre	Emotionale Belastung/ Generelle Leere, relative Fülle in Gallenbla- se, Element Metall	Z.n. LWS-Discusprolaps (operiert)	Benigne Prostatahy- perplasie, Dyspnoe, Schwindel
AP03 w, 46	Keine	mehrere Jahre	Stress, Berufsbedingte Fehlhal- tung/ Yang-Leere, Element Metall	Keine	Dysmenorrhoe, Mig- räne
AP04 m, 28	Verspannung im Nacken und Rücken, Kopf- schmerz	mehrere Jahre	Emotionaler und beruflicher Stress/ Generelle Leere, relative Fülle in Blase	Gastritis, Panikattacken, Melanom	Keine
AP06 m, 48	Schmerzen im Rücken	mehrere Monate	Emotionaler und beruflicher Stress/ Leere in Dünndarm, Dreierwärmer, Fülle in Leber	Kreuzbandriss, Appen- dektomie, Kniefraktur, Rückenschmerzen	Keine
AP07 w, 36	Rücken- schmerzen	mehrere Monate	Psychische Ursachen, Fehl- haltung / Leere in Leber, Dreier- wärmer, Fülle in Blase	Mononukleose, Ober- schenkelfraktur	Skoliose
AP08 w, 50	Schmerzen im Brustkorb	mehrere Monate	Psychische Ursache, Angst und Depressionszustände/ Leere von Ren Mai, Gallenblase, Dünndarm	Appendektomie, Uterus Prolaps -OP	Sinusitis
AP09 w, 43	Kopfschmerzen, Rücken- schmerzen, Schlafstörungen	mehrere Monate	Emotionaler Stress/ links-seitiger Energienmangel, Leere in Blase, relative Fülle in Leber	Hepatitis, Tonsillekto- mie, Heuschnupfen	Keine
AP10 w, 33	Verspannung im Rücken, Schmerzen in den Armen	akut	Emotionale Krise/ Generelle Leere in Milz	Rezidivierende Bronchi- tis, Migräne, Prolak- tinämie	Eisenmangel, Glau- kom beidseitig seit sechs Jahren
AP11 w, 61	Schlafstörungen	> zehn Jahre	Emotionale Belastung, Skoliose / Relative Fülle in Leber, Leere in Dreierwärmer, Blase, Dünndarm	Kniefraktur, Resektion einer Mamazyste rechts	Hypercholesterinämie, Bluthochdruck
AP12 w, 55	Depressive Ver- stimmungen	mehrere Jahre	Beruflicher und familiärer Stress, Medikamentenabus	Hepatitis A, Resektion von Mamazysten, Pankreas OP	LWS-Beschwerden, Senkfuß
AP13 w, 28	Einschlafen der Hände	> zehn Jahre	Psyche, Skoliose / Schmerzart Yin, Leere in Gallenblase und Leber	Rezidivierende Angina Tonsillaris, Schwindel	Haschimoto- Thyreoiditis
AP14 w, 59	Spannungs- kopfschmerz, Schlafstörungen	mehrere Jahre	Psyche, Arthrose, degenerative Veränderung HWS/ Leere gene- rell, relative Fülle in Blase	Appendektomie, Hyste- rektomie, Polypen	Fibromyalgie, Blut- hochdruck, Herz- rhythmus-störungen
AP15 w, 50	Verspannung im Nacken, Schwindel	mehrere Jahre	Muskuläre und emotionale Span- nung/ Element Metall und Holz, relative Fülle in Milz, Leber und Niere	Tonsillektomie, Arthri- tis, Dysmenorrhoe mit Migräne	Migräne mit Aura

¹Geschlecht (w: weiblich, m: männlich). ²Alter (Jahre).

3.2 Durchführung der Interviews

Insgesamt standen 143 Interviews für die qualitative Datenauswertung zu Verfügung; 42 Interviews mit den Patienten vor der Therapie, 39 Interviews mit den Patienten nach der Therapie, 21 Interviews mit den Therapeuten zu allgemeinen Themen und 41 Interviews mit den Therapeuten zu patientenspezifischen Themen. Im Rahmen der Pseudonymisierung teilten wir jeweils jedem Interviewtranskript und jedem Zitat ein Interviewcode bzw. ein Code für das Zitat zu. In der Tabelle 11 ist dies für das bessere Verständnis der nachfolgenden Ergebnisse aus den Interviews veranschaulicht. In Tabelle 12 sind alle Interviews der drei Länder mit Interviewcode und der jeweiligen Länge (Anzahl der Worte) aufgelistet.

Tabelle 11. *Legende für die Interviewcodes und Zitate*

Interviewcode			Code für Zitat		
<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X #</i>	<i>X</i>	<i>X X #</i>	<i>Zahl</i>
<i>C, D, A</i>	Land (C: China, D: Deutschland, A: Argentinien)		<i>Zahl</i>		Zeilenangabe im Interviewtranskript
<i>P</i>	Patient		<i>Beispiel Zitat: [CPA05, 35]</i>		
<i>A</i>	Anfang (Interview vor Therapie)		<i>C</i>	<i>P A 05 35</i>	Interview vor Therapie mit Patient 05 aus China, Zeile 35
<i>E</i>	Ende (Interview nach Therapie)		<i>I</i>		Aussagen des Interviewers
<i>T</i>	Therapeut		<i>(...)</i>		Sprechpause im Interviewtranskript
<i>A</i>	Allgemein (Interview zu allgemeinen Themen)		<i>(Text)</i>		Erläuterung im Interviewtranskript
<i>#</i>	Identifikationsnummer des Patienten oder Therapeuten		<i>[...]</i>		Von Autorin ausgelassener Interviewabschnitt im Zitat
<i>CP#CT #</i>	Patientenspezifisches Interview mit dem behandelnden Therapeuten		<i>[Text]</i>		Von Autorin eingefügte Ergänzungen im Zitat

In China wurden die Interviews entweder im Behandlungsraum oder auf dem Flur im Wartebereich durchgeführt. Dadurch fanden die Patienten-Interviews teilweise in Anwesenheit der Therapeuten statt, die sich im Behandlungsraum aufhielten, als die Patienten befragt wurden. Vier Patienten (*CP04*, *CP05*, *CP12*, *CP13*) und eine Therapeutin (*CT03*) wurden während der Ruhephase einer Akupunktursitzung befragt. Durch das offene Gesprächssetting kam es mitunter dazu, dass sich andere anwesenden Personen (Patienten, Angehörige, medizinisches Personal der Ambulanz) in das Interview einmischten. Die interviewten Studienteilnehmer gaben jedoch an, dass sie dies nicht als störend empfunden haben. Aufgrund eines Abbruchs der Therapie wurde eine Patientin für das Interview sowie für die Angabe der Schmerzstärke nach Therapie telefonisch kontaktiert (*CP02*). In einem anderen Fall wurde eine Patientin für das Interview und für die Angabe der Schmerzstärke sowie die Messung der CROM-Werte nach Therapie zu Hause aufgesucht (*CP03*). Bei den Interviews war eine gute Kooperation der teilnehmenden Patienten dadurch zu erreichen, dass die behandelnden Therapeuten die Studie kurz vorstellten und die Patienten für die Teilnahme an der Studie motivierten. Es wurden außerdem kleine Gastgeschenke (Schokoladenhasen) als Ermutigung und Dankesgeste an alle Studienteilnehmer gemacht. In Deutschland wurden die Interviews während der Wartezeit der Patienten im Behandlungsraum in ruhiger ungestörter Atmosphäre geführt. Nach Beendigung der Akupunktur wurden die Patienten teilweise nochmals in die Praxis einbestellt, um das Interview sowie die Angabe der Schmerzstärke und Messung der CROM-Werte nach Therapie durchzuführen. Eine Patientin wurde hierfür nach Abschluss der Therapie zu Hause aufgesucht (*DP17*). In Argentinien stand der Interviewerin ein gesonderter Raum zu Verfügung, in dem die Interviews mit den Therapeuten und Patienten in ungestörter Atmosphäre durchgeführt wurden. In den drei Fällen, in denen die Therapie abgebrochen wurde, wurden das Interview sowie die Schmerzstärke nach Therapie telefonisch eingeholt (*AP06*, *AP12*, *AP14*).

Tabelle 12. Interviewcode und Länge (Anzahl der Worte) der Interviewtranskripte für die qualitative Datenauswertung

	Patienten-Interview vor Therapie (n=42)	Patienten-Interview nach Therapie (n=39)	Therapeuten-Interview Allgemein (n=21)	Therapeuten-Interview patientenspezifisch (n=41)
China				
	<i>CPA01</i> (2948)	<i>CPE01</i> (1178)	<i>CTA01</i> (1845)	<i>CP01CT04</i> (1470)
	<i>CPA02</i> (1295)	<i>CPE02</i> (351)	<i>CTA02</i> (2325)	<i>CP02CT04</i> (302)
	<i>CPA03</i> (1626)	<i>CPE03</i> (2214)	<i>CTA03</i> (5097)	<i>CP03CT02</i> (1229)
	<i>CPA04</i> (1530)	<i>CPE04</i> (1866)	<i>CTA04</i> (3725)	<i>CP04CT01</i> (542)
	<i>CPA05</i> (2374)	<i>CPE06</i> (1944)	<i>CTA05</i> (3724)	<i>CP05CT03</i> (1516)
	<i>CPA06</i> (874)	<i>CPE07</i> (1392)	<i>CTA06</i> (3843)	<i>CP06CT02</i> (1101)
	<i>CPA07</i> (2163)	<i>CPE08</i> (1742)		<i>CP07CT01</i> (640)
	<i>CPA08</i> (1893)	<i>CPE09</i> (760)		<i>CP08CT02</i> (726)
	<i>CPA09</i> (1670)	<i>CPE10</i> (700)		<i>CP09CT05</i> (558)
	<i>CPA10</i> (1734)	<i>CPE11</i> (906)		<i>CP10CT05</i> (340)
	<i>CPA11</i> (1504)	<i>CPE12</i> (728)		<i>CP11CT04</i> (377)
	<i>CPA12</i> (1366)	<i>CPE13</i> (1661)		<i>CP12CT04</i> (380)
	<i>CPA13</i> (1859)	<i>CPE14</i> (1415)		<i>CP13CT04</i> (764)
	<i>CPA14</i> (1970)			<i>CP14CT05</i> (391)
Deutschland				
	<i>DPA01</i> (728)	<i>DPE02</i> (753)	<i>DTA01</i> (1897)	<i>DP02DT01</i> (466)
	<i>DPA02</i> (669)	<i>DPE05</i> (687)	<i>DTA02</i> (1537)	<i>DP05DT04</i> (441)
	<i>DPA05</i> (890)	<i>DPE06</i> (764)	<i>DTA03</i> (950)	<i>DP06DT04</i> (365)
	<i>DPA06</i> (1938)	<i>DPE08</i> (1323)	<i>DTA04</i> (2022)	<i>DP08DT02</i> (689)
	<i>DPA08</i> (2573)	<i>DPE10</i> (798)	<i>DTA05</i> (772)	<i>DP10DT02</i> (834)
	<i>DPA10</i> (1302)	<i>DPE13</i> (625)	<i>DTA06</i> (2695)	<i>DP13DT02</i> (424)
	<i>DPA13</i> (1218)	<i>DPE14</i> (1045)		<i>DP14DT06</i> (368)
	<i>DPA14</i> (1577)	<i>DPE15</i> (905)		<i>DP15DT06</i> (600)
	<i>DPA15</i> (3027)	<i>DPE17</i> (546)		<i>DP17DT05</i> (314)
	<i>DPA17</i> (1026)	<i>DPE18</i> (305)		<i>DP18DT06</i> (234)
	<i>DPA18</i> (762)	<i>DPE19</i> (1473)		<i>DP19DT06</i> (389)
	<i>DPA19</i> (2876)	<i>DPE20</i> (546)		<i>DP20DT06</i> (229)
	<i>DPA20</i> (845)	<i>DPE21</i> (469)		<i>DP21DT06</i> (828)
	<i>DPA21</i> (935)			
Argentinien				
	<i>APA01</i> (4327)	<i>APE01</i> (853)	<i>ATA01</i> (2194)	<i>AP01AT04</i> (385)
	<i>APA02</i> (1692)	<i>APE02</i> (1683)	<i>ATA03</i> (1242)	<i>AP02AT06</i> (703)
	<i>APA03</i> (1092)	<i>APE03</i> (1391)	<i>ATA04</i> (1619)	<i>AP03AT07</i> (500)
	<i>APA04</i> (1087)	<i>APE04</i> (898)	<i>ATA05</i> (986)	<i>AP04AT01</i> (1268)
	<i>APA06</i> (1107)	<i>APE06</i> (657)	<i>ATA06</i> (1742)	<i>AP06AT04</i> (746)
	<i>APA07</i> (1029)	<i>APE07</i> (778)	<i>ATA07</i> (936)	<i>AP07AT01</i> (1069)
	<i>APA08</i> (935)	<i>APE08</i> (618)	<i>ATA08</i> (1062)	<i>AP08AT04</i> (775)
	<i>APA09</i> (968)	<i>APE09</i> (2798)	<i>ATA09</i> (1356)	<i>AP09AT04</i> (891)
	<i>APA10</i> (1081)	<i>APE10</i> (1300)	<i>ATA10</i> (1255)	<i>AP10AT08</i> (1061)
	<i>APA11</i> (1031)	<i>APE11</i> (541)		<i>AP11AT03</i> (793)
	<i>APA12</i> (2663)	<i>APE13</i> (933)		<i>AP12AT09</i> (958)
	<i>APA13</i> (1884)	<i>APE14</i> (1142)		<i>AP13AT05</i> (496)
	<i>APA14</i> (2199)	<i>APE15</i> (879)		<i>AP14AT03</i> (1069)
	<i>APA15</i> (1274)			<i>AP15AT10</i> (598)

3.3 Bisheriger Umgang mit den Beschwerden (Interviews)

3.3.1 Ursachen der Beschwerden aus Patientensicht

Die von uns befragten Patienten berichteten in allen drei Ländern, dass eine falsche Haltung, die mitunter berufsbedingt sei, sowie ein unzureichendes körperliches Training eine Rolle bei der Entwicklung ihrer Beschwerden gespielt haben können.

„[...] Diese langjährige gebückte Haltung beim Arbeiten, das ist eine sehr einseitige Belastung. Und dann fehlt es mir an Bewegung.“ [CPA04, 06]

„[...] Vielleicht die falsche Sitzhaltung. [...] vielleicht eine Reaktion auf Arbeit generell. [...] Und vielleicht auch der fehlende Sport [...].“ [DPA15, 11]

„[Es] hat grundlegend mit einer schlechten Haltung zu tun [...] mit einem inaktiven Lebensstil [...] ohne körperliche Aktivität.“ [APA03, 09]

Außerdem würden bei der Krankheitsentwicklung neben dieser physischen Komponente vor allem auch psychische und berufliche Stressfaktoren eine Rolle spielen. Während alle von uns befragten Patienten in Argentinien die psychosoziale Belastung als wichtige Ursache der Beschwerden ansahen, fanden wir derartige Aussagen nur vereinzelt bei den Patienten in China und Deutschland.

„Multiple Ursachen, ich nehme an, die schlechte Haltung, Müdigkeit, ich nehme auch an, dass [...] etwas Emotionales [...] damit zu tun hat, auf beruflicher Ebene.“ [APA09, 07]

„Meine Krankheitsursache [...] wie ich finde, ist es einfach meine Nervosität [...] Anspannung [...] Das hat etwas mit meiner Stimmung und Psyche zu tun!“ [CPA08, 02]

„Also ich denk, diese Halswirbelsäulengeschichten [...] also das hat schon viel mit Stress zu tun.“ [DPA17, 15]

Zusätzlich nannten die Patienten in China und Argentinien länderspezifische Ursachen für die Krankheitsentwicklung. Vereinzelt wurden von chinesischen Patienten bestimmte Witterungsgegebenheiten als pathogene Faktoren angesehen. Argentinische Patienten zählten sehr oft die Verspannung der Muskulatur sowie vereinzelt vorherige Behandlungsmaßnahmen zu den Ursachen für ihre HWS-Beschwerden.

„Das hat denke ich schon etwas mit Erkältung zu tun, also ich meine Wind abkriegen. Da ist ein Zusammenhang.“ [CPA11, 16]

„[...] Am Anfang war es einfach eine sehr große Verspannung und danach endete es damit, dass es mir die Halswirbelsäule verdrehte.“ [APA13, 09]

„Aus meiner Erinnerung her, von einigen Dehnungsbehandlungen her, die sie mit mir vor so 40 Jahren gemacht haben, als Jugendliche, also, deswegen ist mir eine sehr starke Sensibilität [in der HWS] ben.“ [APA14, 05]

3.3.2 Ursachen der Beschwerden aus Therapeutensicht

Die von uns befragten Therapeuten gaben vor allem in China und seltener in Deutschland sowie Argentinien an, dass sie die degenerative Veränderung der HWS sowie eine langjährige Fehlhaltung als Ursache für die Beschwerden der Patienten ansehen würden. In China liege die Krankheitsursache für das Ausmaß der Beschwerden oft darin, dass die Patienten die Behandlung hinauszögern und erst sehr spät im Krankheitsverlauf zur Therapie kommen würden. In Argentinien sowie in Deutschland stellten die Therapeuten vor allem die Rolle der psychosozialen Faktoren in den Vordergrund. Für die argentinischen Therapeuten stellten emotionale Belastungen sogar bei jedem der eingeschlossenen Patienten eine Teilursache der Krankheitsentwicklung dar. Chinesische Therapeuten teilten nur selten diese Meinung.

„Bei ihm ist es eine langjährige Fehlbelastung und man sieht auch strukturelle Veränderungen an der Halswirbelsäule [...] Es ist eher eine Alterserscheinung, und eben auch ein Versäumnis, dass er sich in den Jahren zuvor nicht schon therapieren gelassen hat [...] es ist also ein Zusammenschluss aus diesen Ursachen [...]“. [CP12CT04, 02]

„Ich glaube, dass PA2 grundlegende Gründe hat, einer ist mechanisch, denn er trägt bei seiner Arbeit permanent Gewicht auf der rechten Schulter [...] Und der andere Faktor ist, der mir auch grundlegend bei ihm erscheint, hat mit dem Emotionalen zu tun.“ [AP02AT06, 03]

„[...] Weil bei vielen [ist es] auch eine multifaktorielle Angelegenheit. Das heißt, nicht nur rein körperliche Symptome. [...] bei ihr denke ich spielen auch viel emotionale Faktoren mit eine Rolle.“ [DP10DT02, 07]

„[...] Ich denke auch, dass sie das zu lange hat schleifen lassen, und sie steht sehr unter Stress, familiär und beruflich [...]“. [CP09CT05, 02]

In den chinesischen Interviews mit den Therapeuten fiel auf, dass einige Therapeuten ihre Diagnose anhand der Theorie der TCM stellten und die Krankheitsursache auf ein spezifisches Syndrom der TCM Theorie zurückführten. Derartige Aussagen fanden wir nur vereinzelt in den Interviews mit den Therapeuten in Deutschland und Argentinien, wobei die argentinischen Therapeuten anhand ihrer TCM-Diagnose mittels Ryodoraku¹²-Gerät jedem Patienten ein Syndrom zuordneten, das sie schriftlich festhielten (s. Tabelle 10). Hierbei handelte es sich in den meisten Fällen um eine „Leere eines bestimmten Organsystems“.

„Diese Steifigkeit und Schmerzen im Nacken, bei ihr liegt eine Schwäche des Qi's vor, und eine Schwäche vor allem der Niere, des Nieren Qi's. Deswegen tun ihr auch andere Gelenke weh.“ [CP14CT05, 02]

¹² Ryodoraku: Gerät als diagnostische Hilfe für die Zuordnung von Syndromen im Sinne der Theorie der TCM.

„Und [sie] reagiert schnell mit Stressgefühlen [...], die sich in Richtung der Theorie durch Leber-Qi-Stagnation dann auch im Hals-Nacken-Bereich manifestieren.“ [DP13DT02, 05]

„[...] Bei ihr [...] (Name einer Therapeutin) hat relativ am Anfang gesagt, dass sie meine, es sei so eine Blut-schwäche und man müsste Blut stärken und so weiter.“ [AP10AT08, 24]

Für die von uns befragten Therapeuten in China war es zudem üblich, das HWS-Syndrom in verschiedene Formen einzuteilen. Hierzu zählten die „Vegetative Form“, die „Nervenzwurzelkompressionsform“ und die „Vertebraliskompressionsform“.

I: *„Und aus all den HWS-Syndrom Patienten, die Sie behandelt haben, welche Form kommt am häufigsten vor?“*

T: *„Also, das sind die Nervenzwurzelkompressionsform, die vegetative Form und die Vertebraliskompressionsform. Die kommen alle häufig vor.“ [CTA03, 54-57]*

3.3.3 Vorbehandlung

Die von uns befragten Patienten haben in allen drei Ländern vor der Behandlung mit Akupunktur Diagnose- und Therapieverfahren der konventionellen Medizin in Anspruch genommen (s. Tabelle 13).

Nur wenige Patienten in China gaben an, im Vorfeld die konventionelle Medizin aufgesucht zu haben. Die Fachrichtung wurde nur in einem Fall spezifiziert. In Deutschland fanden sich mehr Patienten als in China, die zunächst in konventioneller medizinischer Behandlung gewesen waren. Hier hat es sich oft um einen Orthopäden gehandelt. Die therapeutischen Maßnahmen der konventionellen Medizin umfassten in Deutschland die Verschreibung von Medikamenten und in einzelnen Fällen invasive Methoden wie die Injektion von Lokalanästhetika. Am häufigsten fanden sich in Argentinien Patienten, die vor der Akupunktur eine konventionelle medizinische Behandlung erhalten haben. Oft hat es sich um einen Traumatologen¹³ gehandelt, der aufgesucht worden war. Hier umfassten die therapeutischen Maßnahmen vor allem die Verschreibung von Schmerzmedikamenten und Muskelrelaxantien.

Länderspezifische Verfahren, von denen die von uns befragten Patienten Gebrauch gemacht haben, bestanden in China aus anderen passiven alternativen Verfahren der TCM. Hierzu gehörten die Chinesische Arzneitherapie, die Tuina¹⁴ und das Schröpfen. In Deutschland wurden vor allem Verfahren der Physikalischen Medizin und hier vor allem die Physiotherapie ange-

¹³ Traumatologie in Argentinien: Orthopädie.

¹⁴ Tuina: Chinesische manuelle Therapie.

wendet. Typisch war für die argentinischen Patienten, einen Kinesiologen¹⁵ aufzusuchen. Außerdem wurden auch andere passive komplementärmedizinische Methoden verwendet. Hier handelte es sich um die Homöopathie und die Digitopunktur¹⁶.

Außerdem äußerten die von uns befragten Patienten, auf Änderungen des Lifestyles geachtet zu haben. In China wurde darauf Wert gelegt, den Nacken zu wärmen und die Patienten verhalfen sich selber zu einer Linderung der Beschwerden durch Eigenmaßnahmen wie „Kneten“ und „Massieren“ der HWS. In Deutschland umfassten die Lifestyle Änderungen Wärmeanwendungen in Form von Fangopackungen und eigenständige Entspannungsübungen. Nur in Deutschland und in Argentinien wurden sportliche Bewegungsmaßnahmen genannt, die im Vorfeld ausgeführt wurden. Hierzu gehörten in beiden Ländern Yoga und jeweils in Deutschland Qi Gong und in Argentinien Pilates.

Tabelle 13. Anteil der Patienten, der die folgenden Maßnahmen vor der Akupunktur in Anspruch genommen hat, dargestellt für die jeweiligen Länder

		China (n=14)	Deutschland (n=14)	Argentinien (n=14)
Maßnahmen				
Konventionelle Medizin				
<i>gesamt</i>		6 (42.86 %)	8 (57.14 %)	11 (78.57 %)
<i>davon</i>	Fachrichtung nicht angegeben	5 (83.33 %)	5 (62.50 %)	5 (45.46 %)
<i>davon</i>	Neurologie	1 (16.67 %)	-	-
<i>davon</i>	Orthopädie/Traumatologie ¹	-	3 (37.50 %)	6 (54.55 %)
Länderspezifische Maßnahmen				
<i>gesamt</i>		7 (50.00 %)	11 (78.57 %)	10 (71.43 %)
<i>davon</i>	TCM (Kräuter, Schröpfen, Tuina)	6 (85.71 %)	-	-
<i>davon</i>	Physiotherapie und manuelle Therapie (Krankengymnastik, Chiropraktik, Osteopathie, Massagen)	1 (14.29 %)	11 (100.00 %)	3 (30.00 %)
<i>davon</i>	Kinesiologie ² , Homöopathie und Ohr Akupressur	-	-	10 (100.00%)
Lifestyle-Änderungen				
<i>gesamt</i>		5 (35.71 %)	5 (35.71 %)	6 (42.86 %)
<i>davon</i>	Sport/Bewegung (Yoga, Qi Gong, Pilates)	-	3 (60.00 %)	5 (83.33 %)
<i>davon</i>	Wärme	3 (60.00 %)	2 (40.00 %)	-
<i>davon</i>	Eigenmaßnahmen	4 (80.00 %)	1 (20.00 %)	-

¹Traumatologie in Argentinien: Orthopädie. ²Kinesiologie in Argentinien: physikalische und rehabilitative Verfahren.

¹⁵ Kinesiologie in Argentinien: physikalische, rehabilitative und alternativmedizinische Verfahren wie Chiropraktik, Manuelle Therapie und Osteopathie.

¹⁶ Digitopunktur: Ohr Akupressur durch Bekleben des Ohres mit Samen.

3.3.4 Bewertung der Vorbehandlungen durch Patienten und Therapeuten

3.3.4.1 Ansehen der konventionellen Medizin

In allen drei Ländern bestand bei den von uns befragten Patienten eine Unzufriedenheit gegenüber den Therapien, die im Vorfeld in Anspruch genommen worden waren. Besonders Patienten in China und Argentinien hatten ein negatives Bild von der konventionellen Medizin. Sie waren der Meinung, dass sie nur Medikamente verschreiben würde. Außerdem seien es teure diagnostische und therapeutische Verfahren, so dass sie finanziell gesehen eine Belastung darstellen würden.

„Deren Therapie umfasste nur die Verschreibung einiger westlicher Medikamente [...] und dann kommt wahrscheinlich noch hinzu, dass durch diese ganzen Infusionen, die ich da bekommen habe, die habe ich ja wirklich von morgens bis abends bekommen, da ist das ganze Geld auch einfach nur dahingeflossen!“
[CPA08, 14-63]

„Und da es ja so ist, eh, dass die konventionelle Medizin die ganze Zeit Medikamente verschreibt.“ [APA10, 19-37]

„Und außerdem ist die andere Medizin ein Geschäft, denn sie wollten, dass ich mir diese Behandlung (Laserbehandlung) machen lasse, gegen die ich mich geweigert habe, die hätte ich mich Tausende von Dollar gekostet.“ [APA01, 63]

Aussagen, die solch ein negatives Ansehen der konventionellen Medizin von Therapeutenseite bestätigten, fanden wir nur unter den von uns befragten Therapeuten in China.

„Zum Beispiel war unsere Auffassung von der konventionellen Medizin früher einmal sehr einseitig, insbesondere die Antibiotika haben einen sehr schlechten Ruf, so dass wir aber viele positive Faktoren in der konventionellen Medizin übersehen haben.“ [CTA05, 27]

3.3.4.2 Unwirksamkeit und Grenzen der konventionellen Medizin

Die Unzufriedenheit gegenüber der konventionellen Medizin, die von Patienten aller Länder geäußert wurde, lag zum einen in der Unwirksamkeit der angewandten Verfahren und zum anderen darin, dass sie in der Behandlung zuvor an ihre Grenzen gestoßen seien. Medikamente, Infusionen und Anwendungen aus der Physikalischen Medizin hätten letztendlich keine anhaltende Wirkung gezeigt und wären zudem teuer und schmerzhaft gewesen. Chinesische Patienten äußerten, dass die Ärzte in den Krankenhäusern, die vorher aufgesucht worden waren, weder in der Lage gewesen wären, die Patienten mit den ihnen zu Verfügung stehenden Mitteln ausreichend zu diagnostizieren, noch hätten sie ihnen eine richtige Therapie anbieten können. Deutsche Patienten äußerten, dass die Ärzte teilweise ratlos gewesen wären, was die Behandlung der HWS-Symptomatik anging. Im Vergleich zu den anderen Ländern fanden

sich mehr Patienten in Argentinien, die wegen ihrer HWS-Beschwerden zuvor in konventioneller medizinischer Behandlung gewesen waren (79% in Argentinien vs. 57% in Deutschland und 43% in China, s. Tabelle 13) und sich ihr gegenüber kritisch äußerten. Teilweise sahen die befragten argentinischen Patienten die vorherige konventionelle medizinische Behandlung als Ursache für ihre jetzigen Beschwerden an.

„Aber was [die Infusionen] gebracht [haben], war nur die kurzfristige Erholung und Linderung, und danach ist es immer wiedergekommen! Die Grunderkrankung ist einfach nicht verschwunden!“ [CPA08, 63]

„Also das war auch keine richtige Therapie. Man hat ein bisschen Diagnostik gemacht, aber man konnte nichts machen, und dann habe ich auch aufgegeben.“ [CPA05, 91]

„[...] Weil was ich bisher gemacht hab, das hat mir nicht geholfen.“ [DPA14, 29]

„Das waren so drei kurze Behandlungen à zwanzig Minuten und das hat auch überhaupt nichts geholfen und die Therapeutin war dann selber am Schluss und hat gesagt, sie weiß jetzt auch nicht mehr, was mir helfen könnte.“ [DPA14, 09]

„[...] Weil ich viele andere Sachen ausprobiert habe, und die haben nicht funktioniert. Das ist die Realität.“ [APA04, 13]

„Unglücklicherweise haben mich die Traumatologen gebrandmarkt und mich chronifiziert und haben mich geführt mit [...] Kortikoiden [...] oral und per Injektion [...]. Gut, zusammengefasst hat er [der Arzt] mir gesagt, dass die [vorherigen] Ärzte tatsächlich ein Verbrechen an mir begangen haben.“ [APA01, 05]

Diese Aussagen wurden zum Teil durch die befragten Therapeuten bestätigt. Während sich die Therapeuten in allen drei Ländern über die Grenzen der konventionellen Medizin bewusst waren, kritisierten nur vereinzelt Therapeuten in China die Unwirksamkeit der konventionellen medizinischen Verfahren, die zuvor in Anspruch genommen wurden.

„Ein Patient von mir hatte eine Trigeminus Neuralgie, diese wurde schon in allen möglichen Kliniken therapiert, aber stets ohne Erfolg. Auch hat er es mit der westlichen Medizin versucht, mit Spritzen, und Blockaden, und Morphin hat er auch genommen, und all das hat nichts geholfen. Und als das alles nichts geholfen hat, dann blieb als letzte Option nur noch die Akupunktur.“ [CTA04, 10]

„[...] Weil ich in der westlichen Medizin sehe, dass man oft an die Grenzen kommt.“ [DTA02, 14]

„Ich glaube, dass es eindeutige Grenzen hinsichtlich der Verfahren der Physiotherapie gibt [...].“ [ATA05, 09]

„Denn die Beschwerden die durch die Nervenwurzelkompression entstehen, sind Schmerzen, Muskelatrophie, dann kommt es auch noch zu Bewegungseinschränkung, oder Schwindel, und dass die Hand, die Hand kribbelt, das alles kann passieren, aber mit den westlichen Medikamenten kann man da keine so guten Wirkungen dagegen erzielen.“ [CTA04, 20]

3.3.4.3 Unerwünschte Wirkungen (UEW) von Arzneimitteln und operativen Therapien

Einen weiteren gemeinsamen Kritikpunkt an der konventionellen Medizin stellten die unerwünschten Wirkungen von Medikamenten sowie der invasive Charakter von operativen Verfahren dar. In allen drei Ländern waren die befragten Patienten der Einnahme von Medikamenten abgeneigt, da sie als giftig und chemisch, also nicht natürlich angesehen wurden. Außerdem seien sie nur oberflächlich, temporär oder gar nicht wirksam. Operative Verfahren wurden vor allem in Deutschland und Argentinien aufgrund ihrer Belastung für den Körper als letzte Option angesehen. In den chinesischen Interviews mit den Patienten fand sich nur eine Aussage dazu, dass eine Operation wohl nicht in Frage käme, da ihre Risiken zu groß seien.

„[Ich] finde, dass Tabletten schlucken, jede Art von Medizin ist eine Art Gift, ich möchte nicht, dass sich so viel Gift in meinem Körper sammelt [...] ich finde, dass es sich dabei um unangenehme Wirkungen des Medikaments handelt [...].“ [CPA07, 58-60]

„[...] Wenn du ein Schmerzmittel nimmst, dann hast du wieder eine andere Baustelle, das ist ja auch kein Allheilmittel.“ [DPA17, 59]

„Na, erst mal ist das ja kein Gift, was man zu sich nimmt. [...] Und das andere ist ja Chemie – Tabletten.“ [DPA06, 30-143]

„Mich stört es ziemlich Medikamente zu nehmen, mir gefällt das nicht. Außerdem ist es so, dass die meisten Medikamente dem Magen schaden [...].“ [APA14, 09]

„[...] Was ich fühle, ist, dass [Medikamente] mir das Symptom unterdrücken. Und ich will das Symptom nicht unterdrücken, ich will in die Tiefe des Problems, der Stelle, des Organs kommen, nicht wahr.“ [APA08, 25]

„[...] Weil ich glaube, [dass die Akupunktur] den Körper halt nicht so belastet, als wenn man Medikamente nimmt oder ja, chirurgische Eingriffe macht oder ähnliches.“ [DPA10, 68]

„[...] Denn ich bin nicht bereit für eine Operation, wenigstens nicht ohne andere Möglichkeiten ausprobiert zu haben.“ [APA14, 05]

„Und dann, wenn man an eine Operation denkt, das ist in meiner Situation auch nicht realistisch. Da sind die Risiken zu groß!“ [CPA07, 30]

Die befragten Therapeuten äußerten im Allgemeinen wenig Skepsis bezüglich der Medikamenteneinnahme und operativen Verfahren. Es fanden sich vereinzelt Therapeuten aus China und Deutschland, die die UEW kritisierten und eine Aussage eines argentinischen Therapeuten, der die invasiven Verfahren als negativ bewertete.

„Bei der westlichen Medizin, das ist etwas was wir alle wissen, gibt es Tabletten, die sehr gut analgetisch wirken, aber diese weisen oftmals auch sehr viele unangenehme Nebenwirkungen auf. Und außerdem, wenn man sie zu lange einnimmt, besteht auch die Gefahr der Abhängigkeit.“ [CTA02, 10]

„Wie beispielsweise, jeden Tag Schmerzmittel nehmen bei Kopfschmerzen, was sicherlich unsinnig wäre, wir wissen auch, dass Schmerz damit zusammenhängt.“ [DTA06, 27]

„Ich glaube, dass wir mit der Akupunktur sehr gut [...] helfen können, den Umfang der Amputationen zu verringern, die Operationen, die Interventionen, die sehr viele Nebeneffekte für den menschlichen Körper oder den Menschen, das Leben der Menschen, mit sich bringen.“ [ATA10, 41]

3.3.4.4 Arzt-Patienten Verhältnis in der konventionellen Medizin

Ein weiterer Kritikpunkt an der konventionellen Medizin war der unpersönliche Umgang mit dem Patienten. Dies wurde vor allem von den argentinischen und vereinzelt auch von den deutschen Patienten genannt. Die konventionelle Medizin würde sich vordergründig um die Symptome des Patienten kümmern und weniger um den Patienten als Person. In China gab es hierzu keine Aussagen der Patienten.

„[...] Denn ein klinischer Arzt hat keine Zeit, denn so wie es um die Medizin steht; so kollabiert wie die Medizin ist, dass keine Zeit bleibt den Patienten als Person zu sehen. Das, was ich empfunden habe, war, dass sie mich wie ein Symptom und nicht wie eine Person gesehen haben.“ [APA08, 41]

„Aber der hat mich da abgefertigt zwischen Tür und Angel und hat gesagt: ‚So, hier haste ein Medikament‘. Diclofenac oder was wie das hieß.“ [DPA19, 70]

Dieser unpersönliche Umgang mit den Patienten in der konventionellen Medizin wurde hingegen von Therapeuten aller Länder bestätigt.

„Die Schulmediziner therapieren immer mit einem Auge auf die Laborwerte, und therapieren sozusagen die Laborwerte und die Untersuchungsbefunde des Patienten.“ [CTA04, 44]

„[Die Akupunktur] ist auf jeden Fall eine sehr gute ergänzende äh oder eine ganzheitliche Therapie, die sonst äh sonst in der Schulmedizin nicht so geboten wird, es ist ja mehr lokal begrenzt die pie.“ [DTA04, 38]

„[...] Die Leute sind sehr an das Konventionelle gewöhnt, zumindest hier in unserem Land, an die konventionelle Medizin, wo [...] ich habe ein Symptom, ich will, dass sie mich von diesem Symptom befreien [...] hier sind die Leute oft sehr gehetzt und auch daran gewöhnt, dass sie zum Arzt reingehen und nach zehn Minuten wieder draußen sind [...].“ [ATA06, 17-21]

3.3.4.5 Wirkweise der Medikamente

In China hatten die Patienten eine sehr bildhafte Vorstellung ihrer Erkrankung. Sie kritisierten den Umweg, den ein Medikament im Körper nehmen müsse, bevor es an den Ort der Erkrankung gelange. Diese Vorstellung wurde auch von chinesischen Therapeuten geteilt. In den deutschen wie auch in den argentinischen Interviews fanden sich derartigen Aussagen nicht.

„Wenn ich aber Medikamente nehme, kommen die zunächst in den Magen [...] und dann dauert das erst Mal bis sie an der Stelle wirken können!“ [CPA14, 101]

„[...] Medikamente, wenn du die einnimmst, dann landet es zunächst im Magen, dann wird es erst aufgenommen, kommt dann in das Blut, im Blut verdünnt es sich, und ist überall vorhanden, es ist dann nicht speziell an einem Wirkungsort gebunden, denn, ich muss unbedingt an den Halsbereich, um genau dort die beste blutgefäßerweiternde Wirkung zu haben.“ [CP01CT04, 35]

3.3.4.6 Einschätzung anderer komplementärmedizinischer Behandlungsverfahren

Außer der konventionellen Medizin kritisierten die befragten Patienten in allen drei Ländern auch andere komplementärmedizinische Verfahren, die zuvor in Anspruch genommen worden waren. In China richtete sich die Unzufriedenheit gegen andere Verfahren aus der TCM. Sie hätten wenig Wirkung gezeigt und wären zudem schmerzhaft gewesen. Sowohl in Deutschland als auch in Argentinien wurde vor allem die kurzfristige Wirksamkeit anderer alternativer Verfahren kritisiert. Solch eine direkte Bewertung von anderen alternativen Verfahren wurde in keinen der Therapeuten-Interviews gefunden.

„Nein, nur Schröpfen, und die haben auf jeden Fall auch lila Flecken hinterlassen. Aber der Effekt war nicht so deutlich.“ [CPA11, 22]

„Also Massage ist ganz angenehm, aber das ist nur kurzfristig, ansonsten nichts.“ [DPA10, 18]

„[...] Die [kinesiologischen Behandlungen] sind nur temporär lindernd. Oder sagen wir, während der Sitzungen beim Kinesiologen ist alles fantastisch, und dann die Woche drauf, wenn du aufgehört hast mit der Kinesiologie, kommt alles wieder.“ [APA03, 43]

3.4 Entscheidungsgrundlage der Patienten für die Akupunktur (Interviews)

3.4.1 Vorteile der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien aus Patientensicht

Für die befragten Patienten aller Länder war die Entscheidung für die Akupunktur auf die oben dargelegte Unzufriedenheit mit konventionellen sowie alternativen Therapiemethoden zurückzuführen. Im Folgenden werden die Eigenschaften der Akupunktur aufgezeigt, die der Meinung der Patienten nach als vorteilhaft angesehen wurden.

3.4.1.1 Natürlichkeit und Sicherheit

In allen drei Ländern waren die befragten Patienten der Meinung, dass die Akupunktur eine sichere Therapie sei, weniger bis keine UEW mache und keine schädlichen Effekte habe.

„Ich finde, dass die chinesische Medizin keine negativen Nebenwirkungen auf mich hat.“ [CPA08, 16]

„Gefahrlos. Das ist für mich ganz wichtig. Das habe ich vorhin schon gesagt, die Akupunktur wirkt oder sie wirkt nicht. Und macht keine Nebenwirkungen. Das ist für mich ja ein wichtiger Faktor.“ [DPA20, 59]

„Sie ist nicht schädlich, also invasiv [...].“ [APA07, 19]

Patienten in allen drei Ländern unterschieden zwischen „natürlichen“ und „künstlichen“ Therapien, am meisten war dies in Deutschland der Fall. Hier waren sie der Meinung, dass jegliche künstlich hergestellten Medikamente als negativ anzusehen seien. In China fand sich eine Aussage, dass die Akupunktur zudem umweltfreundlich sei:

„Es ist ja dieses Naturheilmittel.“ [DPA06, 143]

„Medikamente aus dem Labor, hinsichtlich all dem hat sie [die Akupunktur] den Vorteil, dass sie natürlich ist.“ [APA01, 59]

„Sie hat glaub ich weniger Nebenwirkungen [...] sie gehört zu der, die Leute nennen das grüne Therapie.“ [CPA03, 38]

3.4.1.2 Ganzheitlichkeit und Heilung „von Grund auf“

In China fanden sich nur vereinzelt Aussagen von Patienten bezüglich der Ganzheitlichkeit der Akupunktur. Die deutschen Patienten bezogen sich bei ihren Äußerungen zur Ganzheitlichkeit der Akupunktur auf ihre Fähigkeit, verschiedene Körperteile gleichzeitig behandeln zu können. Am meisten spielte die Ganzheitlichkeit für die Patienten in Argentinien eine Rolle. Aus ihrer Sicht habe der Therapeut, der die Akupunktur ausführt, eine andere Mentalität oder Arbeitsmoral als der Schulmediziner. In Argentinien würden sich die Akupunkteure mehr Zeit nehmen und den Patienten nicht nur als ein „Symptom“ sondern als Menschen sehen.

„Und zweitens kann die Akupunktur erreichen, dass sie mich als Ganzes nimmt, und mein Blut und mein Qi zum Fließen bringen!“ [CPA13, 45]

„Ich kann es gar nicht so auf einzelne Körperteile [...] Ich weiß, meine Knie tun mir oft weh. Das war danach weniger. Die Allergie war weniger. Die Migräne hatte ich nicht mehr. Also, irgendetwas bewegt es, zumindest bei mir, und gibt mir Kraft.“ [DPA08, 70]

„[...] Ich habe die Vorstellung, dass es mir nicht nur im Fokus auf den Schmerz, den ich habe, etwas bringt, wenn das durchbrochen wird von dieser Auffassung her, sondern auch hinsichtlich des Wohlbefindens und auch mehr ganzheitlich.“ [APA10, 25]

„Im Vergleich mit der konventionellen Medizin, zum Termin kommen und gleich wieder gehen [...] [ich] empfinde sie anders und es erscheint mir, dass das viel persönlicher ist [...] das ist der Unterschied. Und es geht noch darüber hinaus, es geht tiefer.“ [APE07, 30]

Besonders in China aber auch vereinzelt in Argentinien äußerten die von uns befragten Patienten die Ansicht, dass die Akupunktur in der Lage wäre, die Erkrankung „von Grund auf“ zu heilen und die „Wurzel der Krankheit“ zu entfernen. Derartige Äußerungen fanden sich in Deutschland nicht.

„[...] Solche Tabletten, die helfen nur oberflächlich. Aber das hier (Akupunktur) ist, sie heilt von Grund auf.“ [CPA01, 114]

„Ähm, ja, ich denke, dass sie direkt am Ort der Beschwerde wirken kann.“ [CPA14, 34]

„[...] Mir kommt es so vor, dass die Akupunktur in die Tiefe, zur Wurzel des Problems geht, im Gegensatz zur konventionellen Medizin.“ [APA08, 25]

3.4.1.3 Prävention

Einzelne Patienten aus Argentinien und China maßen der Akupunktur auch eine präventive Wirkung bei. Derartige Aussagen fanden sich in den Interviews mit den deutschen Patienten nicht.

„[...] Da können Sie auch mit Akupunktur gewisse Punkte stechen, die Krankheiten vorbeugen!“ [CPA13, 77]

„Ich denke, dass die Akupunktur wie eine Prävention ist.“ [APA08, 15]

3.4.1.4 Hoffnung

Die von uns befragten Patienten aus Deutschland und Argentinien äußerten oft eine Hoffnung, dass ihnen durch die Behandlung mit Akupunktur mehr geholfen werden könnte als mit den anderen Verfahren, die bereits ausprobiert wurden. In Deutschland fanden sich die meisten derartiger Zitate. In Argentinien klangen die Zitate oft nach einem letzten Hilferuf. In China äußerten sich die Patienten selten hierzu und wenn, dann eher im Sinne eines Optimismus gegenüber der Akupunktur.

I: „Im Vergleich zu anderen Therapieangeboten, wo steht da für Sie die Akupunktur?“

P: „Hoffnungsvoller eben, ne. Dass ich mir davon mehr Erleichterung verschaffe und entspannter rangehe.“ [DPA05, 7-76]

„[...] Ich habe mein ganzes Vertrauen hierhinein gesetzt [...] ich komme hierher, weil ich hoffe, irgendeine Lösung zu finden.“ [APA14, 15-42]

„Natürlich wollte ich, dass ich ein gutes Ergebnis habe durch diese Akupunktur!“ [CPA10, 34]

3.4.1.5 Andere Charakteristiken

Einig waren sich die befragten Patienten aller Länder darüber, dass die Wirkung der Akupunktur im Gegensatz zu anderen Therapien schneller eintrete, länger anhalte und insgesamt besser sei.

„Und ich finde, dass die Akupunktur am Schnellsten wirkt! Ist das nicht so?“ [CPA13, 33]

„Also ich denke mal, eine krankengymnastische Übung oder Physiotherapie ist auch eine gute Sache. Aber in Hinblick auf eine Langfristigkeit denke ich mal könnte eine Akupunktur da gewinnen.“ [DPA20, 61]

„Und nein, nichts hat bei mir so gewirkt wie die Akupunktur. Deswegen komme ich weiter her.“ [APA12, 07]

Lediglich unter den deutschen Patienten fanden sich vereinzelt Aussagen darüber, dass die Akupunktur eine rein passive Behandlung darstellen würde.

„[...] Das ist eine passive Anwendung für den Patienten. Da braucht man nichts zu tun. Man sitzt da rum, kriegt seine Nadeln da rein, mehr oder weniger aua. Äh, und dann, dann hat er Pause. Und andere Therapien, da müssen sie etwas tun, Krankengymnastik, Physiotherapie, muss man alles tun.“ [DPA19, 74]

Außerdem fand sich in Deutschland ein Patient, der der Akupunktur den Effekt beimaß, ihn zu mehr Eigenverantwortung für seine Gesundheit anzuregen.

„Aber die Akupunktur selbst bringt mich immer in so eine Verfassung dass ich denke ja, man kann auch mit sich was machen lassen, dass es einem besser geht.“ [DPA08, 07]

3.4.2 Wahl der Akupunktur in Abhängigkeit der Diagnose (Patienten)

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die befragten Patienten für eine Therapie mit Akupunktur entschieden haben in Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose.

In China bestand bei den befragten Patienten eine klare Trennung zwischen den gewählten Therapiemaßnahmen je nach Fall. Die Entscheidung hinsichtlich der konventionellen Medizin oder der TCM erfolgte abhängig vom zeitlichen Verlauf und von der Art und Lokalisation der Erkrankung. Sowohl in Deutschland als auch in Argentinien stellte sich diese Unterscheidung weniger heraus. In Deutschland fanden sich vereinzelte Aussagen der Patienten dazu, dass die Akupunktur nicht überall helfen würde und dass sie nur da eingesetzt werden sollte, wenn sie auch Sinn machen würde. Die deutschen Patienten wollten einfach die Therapie, die am besten helfen würde. In Argentinien schien die Differenzierung eher in Bezug auf die Person des Patienten gerichtet zu sein und weniger abhängig von der Diagnose. Es fand sich nur eine Aussage unter den argentinischen Patienten, die lediglich den Zweifel der Patientin beschrieb, dass die Akupunktur nur in ihrem Fall nicht wirken würde, aber dafür bei anderen durchaus eine Wirkung erzielen könne.

„[...] Ich denke die westliche Medizin, sie kann wahrscheinlich bei einigen akuten oder bei sehr schwerwiegenden und akuten Beschwerden da kann sie vielleicht einen sofortigen Wirkungseffekt erzielen, aber bei so langwierigen chronischen zum Beispiel durch schlechte Haltung, oder durch stressiges Berufsleben erzeugten Symptomen, da hat die westliche Medizin nicht unbedingt einen sehr guten Therapieansatz! Aber durch manuelle Therapie oder Akupunktur, da kann man der Erkrankung von Grund auf helfen, Besserung zu erzielen!“ [CPA04, 56]

„Nein, es ist nur so, welche Therapie, also für meine Krankheit, für meine Beschwerden, welche Therapie da am besten hilft, dann will ich auch die bekommen!“ [DPA05, 98]

„Wenn es hilft, hilft es, und wenn es mir nicht hilft, mache ich gleich etwas anderes. Es kann ja sein, dass es jemand anderem hilft aber mir nicht.“ [APA14, 42]

3.4.3 Informationsquellen der Patienten über die Akupunktur

3.4.3.1 Vorerfahrung

In allen Ländern gaben die meisten der eingeschlossenen Patienten an, im Vorfeld bereits Erfahrungen mit Akupunktur gemacht zu haben. In China und Argentinien gab es jeweils drei beziehungsweise zwei Patienten, die noch nie vorher Akupunktur erhalten hatten. In Deutschland hatten alle Patienten Vorerfahrungen mit Akupunktur. In allen Ländern hatte zudem der Großteil der Patienten im Vorfeld positive Erfahrungen mit Akupunktur gemacht. Die Indikationen waren verschiedene, siehe Tabelle 14. In allen Ländern stellten Schmerzen den Großteil der Indikationen dar, für die Akupunktur angewandt worden war.

„Er hat Akupunktur und Massage immer so toll gemacht! [...] Mir tut mein Bein manchmal weh! Und wenn ich dann wegen Beinschmerzen zur Akupunktur komme, dann bekomme ich eine ‚schnelle Nadel‘ gesetzt! [...] Das spürt man bis in die Fußsohle hinein! Das Bein tat ja so weh, und danach nicht mehr!“ [CPA02, 32-34]

„Vor über zehn Jahren bin ich auch so skeptisch reingegangen und mit jeder Akupunktur ist mir besser worden. Und ich habe mir gedacht: ‚Menschenskind, das ist ja super. Das ist ja toll eigentlich!‘ Und jetzt hoff ich, das mir auch wieder so geht.“ [DPA18, 69]

„Und ich kann dir sagen, für mich die Akupunktur, sie hat mir bei allem im Leben eine Menge geholfen [...].“ [APA01, 07]

Tabelle 14. Anteil der Patienten, der Vorerfahrung mit Akupunktur für die genannten Indikationen hatte, dargestellt für die jeweiligen Länder

Vorerfahrung		China (n=14)	Deutschland (n=14)	Argentinien (n=14)
Nein		3 (21.43 %)	-	2 (14.29 %)
Ja		11 (78.57 %)	14 (100.00 %)	12 (85.71 %)
davon	Positiv	7 (63.64 %)	9 (64.29 %)	8 (66.67 %)
davon	Negativ	4 (36.36 %)	-	2 (16.67 %)
davon	Teils-teils	1 (9.09 %)	4 (28.57 %)	2 (16.67 %)
	Angegebene Indikationen	Schlafprobleme, Trigemini, Neuralgie, trockene Augen, Suboptimalen Gesundheit ¹	Gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Chemotherapie, Psychische Probleme, Allergie, Gürtelrose, Erschöpfung, Sinusitis, Müdigkeit, Kopfschmerz, Migräne, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung	Makuladegeneration, Gastrointestinale Beschwerden, Menopause, Schlaflosigkeit, Angstzustände, reduzierter Allgemeinzustand
davon	Indikation: Schmerzen	10 (90.91 %)	10 (71.43 %)	9 (75.00 %)

¹Suboptimale Gesundheit: aus dem Chinesischen „Ya Jian Kang“, Trendwort in China.

Die befragten Patienten aller drei Länder hatten mitunter auch negative Erfahrungen mit Akupunktur gemacht. Der gemeinsame Kritikpunkt lag in ihrer Unwirksamkeit. Für die chinesischen Patienten läge dies an der mangelnden Professionalität der Therapeuten. Es fanden sich Zitate chinesischer Patienten, die insbesondere die Fähigkeit von Praktikanten (Studenten) in Frage stellten.

„Die haben da einfach nur solche Praktikanten akupunktieren lassen. Ich bin dann nie wieder dahin gegangen.“ [CPA14, 81]

„[Das war] bei einem Praktikanten, wenn er es nicht versteht, und besonders hier am Nacken, das ist doch lebensgefährlich!“ [CPA14, 91]

In Deutschland und Argentinien wiesen die Patienten nicht auf konkrete Gründe hin, die ihre negativen Vorerfahrungen ausgemacht haben. Es fanden sich lediglich vereinzelte Zitate hinsichtlich einer Unzufriedenheit mit dem Therapie-Setting und in Argentinien die Vermutung, dass es an einer mangelnden Konstanz der Therapie gelegen haben könnte.

„[...] So wie es in dieser Orthopädenpraxis war, wo jedes Mal ein anderer war, das fand ich nicht gut. Ich fand es auch nicht gut, der eine setzt und der andere zieht sie nachher raus. Das fand ich auch nicht gut.“ [DPA08, 62]

„[...] Der Ort hat mir nicht gefallen [...] da waren Dutzende von Leuten in der Schlange oder vor dem Haus dieses Chinesen. Ich weiß nicht, es hat mir nicht gefallen [...]“ [APA14, 19]

„[...] Aber ich habe alles probiert, ich weiß nicht, einschließlich der Akupunktur einmal, aber sehr wenig, nie, nie, nie habe ich es beibehalten, sagen wir zwei Sitzungen.“ [APA04, 09]

Nur sehr selten äußerten sich die Patienten über konkrete unangenehme Wirkungen wie Schmerzen oder Einblutungen. Einzig in China gaben die Patienten an, die Behandlung mit Akupunktur hinausgezögert zu haben, da sie aufgrund von ihren Vorerfahrungen und Vorkenntnissen Angst vor den Nadeln und Schmerzen hätten.

„Und sie hat auch akupunktiert, aber anders wie Frau Doktor XXX, die hat mit Nadeln in so schmerzhaft Punkte reingedrückt und so rumgerührt. Hmm, es war sehr, sehr schmerzhaft [...]“ [DPA14, 100]

„Außerdem, das letzte Mal, da haben die das hier alles blau gemacht, und es hat hier eingeblutet.“ [CPA01, 42]

„Ich habe früher mal Akupunktur erhalten, aber ich fürchte mich ja vor Nadeln. Wissen Sie, ich habe Angst vor Nadeln. Deswegen bin ich erst immer dann erst zur Akupunktur gegangen, als es wirklich nicht mehr ging, und dann war es auch in dem Zustand und mit den Schmerzen egal, wie weh das mit der Akupunktur tat! Das ist immer erst, wenn ich am Ende es nicht mehr aushalten kann, dass ich dann erst zur Akupunktur komme, weil ich habe Angst vor den Nadeln!“ [CPA14, 30]

„Wenn ich nicht Angst hätte, wäre ich schon längst gekommen!! [...]Die Akupunktur früher, nicht, da waren die Nadeln einfach so lang und auch so dick! Und dann finde ich das irgendwie ganz beängstigend!“ [CPA10, 36-40]

3.4.3.2 Empfehlung

Empfehlungen von Kollegen und Bekannten spielten in allen drei Ländern eine weitere Rolle bei der Entscheidung der Patienten für die Akupunktur. Dies war vor allem in China und Argentinien der Fall. In Deutschland spielte hingegen die Empfehlung seitens der eigenen Therapeuten eine starke Rolle. In Deutschland wurde die Akupunktur typischerweise von denselben Ärzten durchgeführt, bei denen die Patienten bereits vorher in konventioneller medizinischer Behandlung waren. Die deutschen Patienten wussten ohne die Empfehlung ihrer Therapeuten teilweise gar nicht, dass die Akupunktur bei ihren Beschwerden eine Option gewesen wäre. In Argentinien spielte die Empfehlung durch die Therapeuten auch eine Rolle, in China gar nicht.

„Oh, hier bei Frau X, das ist so, beim Morgensport, da ist so eine in meinem Alter, und die hat mir gesagt, dass es hier eine uralte TCM Ärztin, Frau X gibt, die HWS-Syndrom therapiert.“ [CPA10, 28]

„Weil das mein Mann macht. Das ist für mich irgendwie nahe, und weil ich gehört habe, dass das äh Erfolg bringt. Also mein Orthopäde, der hat mir das auch empfohlen.“ [DPA17, 19]

„Meine Mama schon, ja, und daher hat sie auch geraten, dass das [Akupunktur] funktionieren te.“ [APA10, 14]

„Das war eher der Vorschlag von meiner Hausärztin. Ich selber wär jetzt bei verspanntem Nacken gar nicht auf Akupunktur gekommen. Also das war jetzt der Vorschlag von Frau Doktor XXX.“ [DPA14, 29]

„Na, ich hätte gedacht Massagen und so. Aber jetzt probieren wir das.“ [DPA18, 17]

„Und meine Homöopathin, da sie meine Probleme, meine Schmerzen kennt, hat mir hiervon erzählt und daher bin ich hergekommen.“ [APA13, 07]

3.4.3.3 Medien (Zeitschriften, Fernsehen, Rundfunk etc.)

Für die von uns eingeschlossenen Patienten aller drei Länder spielten Medien eine Rolle bei der Entscheidung für die Akupunktur. Besonders in China wussten alle befragten Patienten im Vorfeld, dass die Akupunktur bei HWS-Syndrom gut helfen würde. Dies machte sich dadurch bemerkbar, dass sie sich zum Teil mit Fachtermini aus der Theorie der TCM ausdrückten. Auch in Deutschland kannten die Patienten die Akupunktur durch Medien. In Argentinien fanden sich kaum Aussagen zum Wissensaufbau bezüglich Akupunktur über entsprechende Medien. Hier hatte nur ein Patient gelesen, dass es wohl das Beste sei gegen Nackenschmerzen.

„Das Einzige was ich gehört habe, ist, dass alle sagen, dass Akupunktur hilft!!“ [CPA14, 30]

I: „Und worin sehen Sie die Ursache für Ihre Beschwerden? Also was denken Sie selber, warum Sie diese Beschwerden haben?“

P: „Ich denke, also, das liegt auch daran, dass ich sobald es irgendein Problem gibt, dass ich es in mir aufbewahre, und es mich beschäftigt. Und auch mein Appetit, meine Milz und mein Magen, das alles fühle ich, ist nicht in Ordnung bei mir. Das ganze Qi, es wandert nicht nach unten hinaus, es geht immer nach oben. Und es drückt in mir, so dass ich es an der Herzspitze spüre. Ich finde, dass diese Sache mit meinem Magen etwas damit zu tun hat. Es geht nichts nach unten, sondern immer nur nach oben! Dieses Qi, das drückt nach oben, wenn ich dann noch so einatme, dann bewegt sich alles, die ganzen Sehnen auch nach oben, das ist mein Gefühl. Das ist sehr unangenehm.“ [CPA05, 42-43]

„Man hat es bloß mal im Fernsehen gesehen oder so.“ [DPA13, 67]

„Eigentlich habe ich schon vielerorts gelesen, dass es eine gute Therapie ist. Es ist nur so, dass es das am besten Wirksame, laut dem, was ich gelesen habe, gegen Nackenschmerz ist.“ [APA04, 13]

3.4.3.4 Neugier/ Lifestyle

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen deutschen und argentinischen Patienten war die Wahl der Akupunktur aufgrund einer Lebenseinstellung, Überzeugung und eines gewissen Lifestyles. Zudem war den deutschen und argentinischen Patienten gemeinsam, dass sie teilweise nur wenig über die Behandlung wussten, aber trotzdem eine neugierige, offene und interessierte Haltung behielten. In Argentinien war hingegen auffällig, dass die Patienten aktiv auf der Suche nach einer alternativen Heilungsmethode oder Hilfe waren. Patienten wendeten sich aktiv von der konventionellen Medizin ab. In China fanden sich keine Aussagen dazu, dass ein bestimmter Lifestyle für die Wahl der Akupunktur verantwortlich war, dafür aber vereinzelt Aussagen über ihre Neugier.

„Ne, ne, ich bin ja sehr esoterisch sozusagen veranlagt. Und ich trage ja auch ein Band, was dafür sorgen soll, dass der Energiefluss im Körper durchgängig ist und sozusagen auch ein bisschen, wie soll ich sagen, den Körper ausbalanciert und das glaub ich einfach mal von der Akupunktur auch.“ [DPA10, 50]

„Und dann dacht ich: Na ja, warum nicht? Ich bin für alles offen, und ich bin bereit, alles auszuprobieren, weil was ich bisher gemacht habe, das hat mir nicht geholfen.“ [DPA14, 29]

„[...] Ich glaube sehr an diese Dinge, also, ich glaube sehr an alternative Sachen. Seit vielen Jahren beschäftige ich mich mit diesem Thema. [...] ich glaube an all das, was man nicht sieht, sagen wir so. Alles, was nicht in Büchern geschrieben steht [...] ich werde immer offen für Dinge sein, die von jeglicher Seite kommen können. Von mir aus, von meinem physischen Körper, und von meinem Körper [...] von meinem Geist [...].“ [APA12, 13-30]

„Von daher kann ich die medizinische Antwort nicht mehr ausreizen, es scheint mir, dass ich andere Dinge suchen muss.“ [APA10, 19]

„Einfach so, ich wollt's mal ausprobieren!“ [CPA10, 02]

3.4.3.5 Finanzieller Anreiz

Bei der Rekrutierung der Patienten in Argentinien ist darauf hinzuweisen, dass diejenigen Patienten, die an der Studie teilnahmen, teilweise weniger für die Therapie zahlen mussten. Dies stellte somit ein finanzieller Anreiz für die Wahl der Akupunktur dar. Der finanzielle und zeitliche Aufwand für die Akupunktur ist Thema der zweiten Dissertation und wird dort ausführlich behandelt.

Vereinzelt wurde von deutschen Therapeuten das Problem angesprochen, dass es Patienten geben würde, die nur zur Akupunktur kommen würden, da sie von der Krankenkasse bezahlt wird.

„Es gibt auch eine vierte Haltung, ‚Ich krieg das ja, also auch wenn ich gar nicht sicher bin, ob es mir hilft und ob ich das... Wenn ich das bis zum Ende durchziehe, was die Krankenkasse ja bezahlt‘. Das ist auch eine Haltung, die finde ich manchmal schwierig, weil dann die Frage der Interaktion, Kommunikation und auch, ob sie es wirklich ernst nehmen, weshalb sie kommen, dann nicht immer eindeutig zu beantworten ist.“ [DTA06, 35]

3.4.4 Entscheidungsgrundlage der Patienten für den Therapeuten oder für das Institut

Gemeinsam war den befragten Patienten in allen Ländern, dass sie das jeweilige Institut oder den jeweiligen Therapeuten aufgrund von Ratschlägen und Empfehlungen von Freunden, Familienangehörigen oder Kollegen wählten. Allein für die argentinischen Patienten spielten zudem eine vertrauensenerweckende Umgebung sowie die Sicherheit des Instituts eine Rolle bei der Wahl des Instituts.

„Na, da habe ich Empfehlungen bekommen, mein Ehemann und ehemalige Klassenkameraden sind auch mal hierher zur Akupunktur gekommen.“ [CPA09, 37]

I: „Und warum hier?“

P: „Ja, ja, auch weil das jetzt halt mein Mann macht. Weil sich gar nicht so viele Ärzte finden, die das so machen, mit der Akupunktur der Halswirbelsäule.“ [DPA17, 20-21]

„Gut, weil sie mir jemand über einen gemeinsamen Freund empfohlen hat, und es hat bei mir Vertrauen ausgelöst, denn, gut, da ich nie Akupunktur gemacht habe, wollte ich auch einen Ort aufsuchen, der in mir Vertrauen weckte, der seriös ist.“ [APA10, 13]

„[...] Und was mir außerdem so gefallen würde herauszustellen, dass es nicht nur die Akupunktur an sich ist, es ist die Umgebung, das Gefühl der Sicherheit durch die Ärzte.“ [APA01, 31]

Des Weiteren unterschieden sich die Aussagen der Patienten aller drei Länder speziell in Bezug auf die Wahl des Instituts beziehungsweise des Therapeuten. In China stellte die Berühmtheit des Instituts und des Therapeuten das Hauptkriterium für die Entscheidung dar. In Deutschland wurde vor allem Wert auf das Vertrauensverhältnis zum Therapeuten gelegt. Die meisten deutschen Patienten wurden von ihrem eigenen Hausarzt oder anderen Fachärzten zur Akupunktur geleitet, so dass bereits eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient bestand. Typisch für die von uns befragten argentinischen Patienten war die aktive Suche nach einer alternativen Behandlungsmethode, nachdem sie durch vorherige Therapien enttäuscht worden waren.

„Und dann habe ich damals schon von dieser Klinik hier gehört, dass ihr Ruf so toll ist. Dass man hier eine gute Behandlung kriegt, und deswegen bin ich hierhergekommen.“ [CPA05, 55]

I: „Und warum hier?“

P: „Weil das meine Ärztin ist. Ja. Zehn Jahre bin ich hier!“ [DPA02, 18]

„Weil das eine Praxis meines Vertrauens ist.“ [DPA05, 35]

„[...] Ich habe noch nie Akupunktur gemacht, und ich bin auf der Suche nach einigen alternativen Dingen, denn gerade habe ich starke Schmerzen [...] ich möchte nicht so viele Medikamente nehmen, und, und gut, ich möchte eine andere Möglichkeit finden [...] Aber wenn die Schmerzen mehr chronisch werden und wenn sie sehr stark sind, kann ich die Menge an Medikamenten nicht weiter erhöhen. Also, muss man Alternativen suchen.“ [APA10, 05-37]

Vereinzelt äußerten sich chinesische und deutsche Patienten, dass sie sich aus dem Grund der örtlichen Nähe für die jeweilige Praxis beziehungsweise Klinik entschieden hätten.

„[...] (lacht) Warum ich diese Klinik ausgesucht habe? Weil ich hier in der Nähe wohne halt!“ [CPA10, 26]

„Also, einmal ist es in meiner Wohnnähe.“ [DPA20, 23]

Zusammengefasst entschieden sich die von uns befragten chinesischen Patienten vor allem aufgrund des guten Rufes des Therapeuten beziehungsweise des Instituts für die dortige Behandlung. Die deutschen Patienten wurden vor allem von ihren eigenen Therapeuten zur Akupunktur hingeführt und die argentinischen Patienten machten sich aktiv auf die Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten, nachdem sie von vorherigen Maßnahmen der konventionellen Medizin wie auch der Kinesiologie enttäuscht worden waren. Diese unterschiedlichen Entscheidungsmodalitäten der drei Länder wurden von den jeweiligen Therapeuten bestätigt.

„[...] Einige Ärzte und Persönlichkeiten, die eine unglaublich hohe Anerkennung genießen, oder Ärzte, von denen jeder behauptet, dass dieser Arzt unheimlich berühmt ist, dann kommen die Patienten aufgrund des Namens (Rufes) mancher Ärzte [...].“ [CTA01, 20]

„Ähm, jetzt kommen ja zu uns meistens Patienten auf Empfehlung. Und äh relativ wenige, wenn man es ihnen erstmal vorschlägt initiativ, die es bisher noch nicht in Betracht gezogen haben. Bei denen ist es so, manche sind neugierig und interessiert, und manche sind sehr abwehrend.“ [DTA06, 31]

„[...] Obwohl, weißt Du, dass die Mehrheit der Patienten hierher kommen, nachdem sie schon viel anderes probiert haben, mmm, oder während er andere Therapien macht [...] Es gibt Leute, die geben sich hin, eh, entweder weil sie sehr leiden oder weil sie nicht das finden [...] was sie in einer Therapie suchen.“ [ATA03, 18-26]

Auch die Tatsache, dass die argentinischen Patienten sehr viel Wert auf die Sicherheit legten, die ihnen durch die Therapeuten gegeben werden sollte, wurde von einem Therapeuten erkannt und bestätigt.

„[...] Ich hab auch gemerkt [...] dass sie sich wohl fühlt hier [...] trotz dieser vielen Leute, unter diesen Bedingungen, [...] dass ihr das ein Gefühl von Sicherheit gegeben hat.“ [AP10AT08, 20]

Schließlich gab es eine argentinische Patientin, die dem Schicksal eine besondere Bedeutung bei der Wahl des richtigen für sich geeigneten Arztes anmaß. Dies wurde auch von einer chinesischen Therapeutin angesprochen.

„Durch die Hand von einigen kommen wir ans Ziel, ich lebe von Gott, weil ich von der Akupunktur nichts verstehe [...] also [...] über eine Ärztin, die ich im Chaco kennengelernt habe, sie hat mir die Adresse von [...] Dr. XXX gegeben [...] und es ist nun sieben Jahre her, dass ich hier bin. [...] Nein, schau, deswegen habe ich Dir gesagt, manche nennen ihn das Heimliche andere Gott, für mich ist es Gottes große Hand.“
[APA01, 05-16]

„Es gibt durchaus sehr gute Ärzte, und auch Patienten, die der TCM extrem glauben, und warum das so ist, ist, weil ein Patient muss ja irgendwie erst einmal einen passenden für ihn richtigen Arzt finden. Und hier spielt das Schicksal auch eine Rolle.“ **[CTA05, 50]**

3.5 Entscheidungsgrundlage der Therapeuten für das Erlernen und Praktizieren der Akupunktur (Interviews)

3.5.1 Vorteile der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien aus Therapeuten-sicht

Im Folgenden werden die Aussagen der befragten Therapeuten dargestellt, aus denen hervorgeht, welche Charakteristika sie als Vorteile der Akupunktur im Vergleich zu anderen Therapien ansahen.

3.5.1.1 Weniger UEW

Insgesamt fanden sich nur wenige Zitate seitens der Therapeuten, die die Akupunktur als weniger nebenwirkungsreich darstellten.

„Ich finde, dass man mit der TCM sehr praktisch und einfach Probleme lösen kann! Ohne große Komplikationen und Schwierigkeiten kann man zum Ziel kommen!“ [CTA01, 10]

„[...] Und da war es für mich auch eine geeignete Methode, risikofrei zu behandeln. Akupunktur hat ja, wenn man nicht gerade versticht, null Risiken.“ [DTA04, 15]

„[Mit der Akupunktur ist es möglich] körperlich zu intervenieren ohne ihnen dadurch wirklich [...] Schaden zuzufügen [...]“. [ATA08, 23]

3.5.1.2 Ganzheitlichkeit und Heilung „von Grund auf“

Für die von uns eingeschlossenen Therapeuten aller Länder hatte die Akupunktur den Vorteil gegenüber der konventionellen Medizin, dass sie den Menschen als Ganzes betrachten und nicht nur einzelne Symptome behandeln würde. Mit der Akupunktur als Therapiemaßnahme könnten in einer Sitzung verschiedene Symptome des Patienten angegangen werden, da ihre Wirkung auf eine ganzheitliche Regulation des Menschen beruhen würde.

„Mit der TCM ist es so, da schaut man auch zunehmend auf Laborparameter, aber hier ist es immer noch das Wichtigste, den Menschen als Solches zu sehen. Hier therapieren wir vor allem die subjektiv vom Patienten empfundene Beschwerden, ich empfinde das als äußerst wichtig.“ [CTA04, 44]

„[...] Hier ist es eben, dass man [...] den ganzen Menschen sieht. Wo ist eine Blockade, wo ist die Störung, und dass man eben den Körper harmonisiert, ne, mit dem Ausgleich.“ [DTA04, 40]

„[Das System der östlichen Medizin wirkt] nicht neurologisch, nicht endokrinologisch, sondern energetisch, was alle anderen Schritte mit einschließt, aber Teil von einem ganzheitlicheren, globalerem Gesichtspunkt des Individuums [ausgeht].“ [ATA10, 17]

Außerdem waren die von uns befragten Therapeuten aus allen Ländern der Meinung, dass in der TCM im Gegensatz zur konventionellen Medizin ein stärkerer Austausch zwischen Therapeut und Patient herrschen würde, so dass hier ein besseres Vertrauensverhältnis aufgebaut werden könnte. Voraussetzung dafür sei das Umfeld, die zeitliche Dauer sowie die Frequenz einer Akupunkturbehandlung.

„Die Ärzte der konventionellen Medizin haben sehr viel zu tun, sind alle im Stress, sie haben einfach nicht die Möglichkeit, sich so lange mit einem Patienten zu beschäftigen. Dahingegen haben TCM Ärzte genauso viel zu tun und sind auch im Stress, jedoch sieht man die Patienten teilweise jeden Tag und kommuniziert jeden Tag mit dem Patienten, denn das Anamnese-Gespräch ist in der TCM viel umfangreicher als in der konventionellen Medizin, und deswegen gibt es einfach viel mehr Kommunikation zwischen Arzt und Patient in der TCM.“ [CTA03, 35]

„Ich arbeite ja ein bisschen ganzheitlich, das heißt ich versuche zum einen mit den Patienten ins Gespräch zu kommen, versuche mit ihm zusammen herauszuarbeiten, was der Schmerz jetzt für eine Funktion hat, warum er sich chronifiziert hat [...].“ [DTA01, 11]

„[...] Ich weise die Patienten immer im Allgemeinen darauf hin, ich, meine Termine das erste Mal immer zwei Stunden, und die Termine beim zweiten Mal sind eine Stunde, so ist die Einteilung.“ [ATA06, 21]

Die befragten Patienten äußerten vereinzelt verknüpft mit dem Gedanken der Ganzheitlichkeit der Akupunktur, dass sie von Grund auf heilen könne. Nur ein Therapeut aus China äußerte sich dahingehend.

„[...] Bei der konventionellen Medizin sähe die Therapie immer gleich aus. Genau, aber in der TCM geht das nicht, die TCM ist tiefgründiger.“ [CTA04, 44]

3.5.1.3 Prävention

Vor allem die befragten Therapeuten in Argentinien und China äußerten einen präventiven Gedanken bezüglich der Akupunktur. In Deutschland gab es nur vereinzelt Aussagen, die eine regelmäßige Wiederholung der Therapie befürworteten, um Rezidive zu vermeiden.

„Aber früher, wenn man von früheren Zeiten ausgeht, wenn man solche hochqualifizierten Ärzte nimmt, dann ist die TCM im Grunde, also dann ist das, was der Arzt an einer sogenannten Therapie leistet, vielmehr eine Prävention vor Krankheiten und deren Ausbruch, man kann also im Bereich der Lebenspflege (Yang Sheng¹⁷) viel mehr tun.“ [CTA05, 40]

„Nachdem jetzt die Heilung eingetreten ist, ist trotzdem zu empfehlen, dass der Patient in regelmäßigen Abschnitten zur Akupunktur kommt, um einer erneuten Episode vorzubeugen [...].“ [CP12CT04, 06]

„Wenn es nach mir ginge, sollte es eine wirkliche präventive Medizin geben, etwas, was nicht existiert. Und wenn wir so weit kommen würden, dass es innerhalb dieser präventiven Medizin, die Akupunktur gäbe, würden sich die Dinge sicherlich ändern, nicht wahr.“ [ATA03, 24]

„Manchmal brauchen wir dann noch drei, vier, fünf Behandlungen im wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Abstand.“ [DTA01, 33]

3.5.1.4 Andere Charakteristiken

Es fanden sich vereinzelt Aussagen von Therapeuten aus China und Argentinien, aus denen ein Vorteil der Akupunktur gegenüber anderen komplementärmedizinischen Verfahren herauszulesen war. Nicht jedoch in Deutschland.

„Da ist wohl manchmal selbst die Therapie mit Tuina auch nicht so wirksam wie die Akupunktur! [...] aber wenn man langwirksame Therapieeffekte erzielen möchte, braucht man einfach die Akupunktur.“ [CTA06, 96]

„[...] [Ich] kenne mehrere Leute, die auch Homöopathie machen, oder die auch Ayurveda studiert haben [...] [ich] hab den Eindruck, dass das, was ich kennengelernt hab an alternativer Medizin die Akupunktur oder die chinesische, die traditionelle chinesische Medizin [...] im Vergleich zu vielen anderen kommt es mir sehr vollständig vor [...].“ [ATA08, 19]

¹⁷ Yang Sheng: wörtlich aus dem Chinesischen übersetzt: Lebenspflege (Gesundheitsprävention).

3.5.1.5 Akupunktur und Chinesische Arzneitherapie im Vergleich

Die von uns befragten Therapeuten aus China und Deutschland äußerten sich vereinzelt zum Unterschied zwischen der Akupunktur und der chinesischen Arzneimitteltherapie. Die chinesischen Therapeuten stellten fest, dass die Diskussion der Syndrome eine größere Rolle bei der Verschreibung von chinesischen Arzneimittelrezepten spiele als bei der Akupunktur. Bei der Akupunktur würde man sich je nach Hauptbeschwerde des Patienten vor allem an ein Punkteschema halten. In Deutschland fanden sich Aussagen dazu, dass die Akupunktur im Gegensatz zur chinesischen Arzneitherapie eine gröbere Therapie darstelle, aber einfacher anzuwenden sei.

„Auf jeden Fall besteht durchaus ein Unterschied zwischen der TCM und der Akupunktur, und zwar identifiziert ein Akupunktur Arzt zunächst einmal aufgrund der Hauptbeschwerden und Haupterkrankung die zu stechenden Akupunkturpunkte. Das ist nicht so in der TCM, in der TCM ist die Grundlage der Diagnostik die Diskussion der verschiedenen Syndrome, auf die du dann eine Therapie anpasst. Erst mal werden die Syndrome miteinander ausdiskutiert, und dann entwickelt man ein Hauptrezept, und daraufhin kannst du noch einige Kräuter hinzufügen, die gegen bestimmte Symptome oder Beschwerden wirken. Aber in der Akupunktur ist es genau umgekehrt! Die Akupunktur behandelt zunächst die Haupterkrankung, oder die Hauptbeschwerde mit einem Hauptplan. [...] Das Rezeptieren muss die Diskussion der Syndrome voraussetzen! Und auf der anderen Seite behandelt die Akupunktur jedes Hauptsymptom mit einem Hauptpunkteschema.“ [CTA06, 59-72]

„Und äh ich mache nicht so wahnsinnig viel Chinesische Arzneitherapie, Chinesische Arzneitherapie mach ich wenn ich mit der Akupunktur stehenbleibe, was schon vorkommt, was durchaus ein- oder zweimal im Monat schon passieren kann. Aber nicht eben primär Kräuter und Akupunktur parallel. Die Akupunktur ist sicherlich gröber, was Finessen im Yin- und Yang-Ausgleich bedeutet. Aber einfach für mich deutlicher und besser fassbar.“ [DTA01, 19]

3.5.2 Wahl der Akupunktur in Abhängigkeit der Diagnose (Therapeuten)

Es wurden zuvor bereits die Unterschiede in der Entscheidung für eine Akupunktur bei den befragten Patienten aufgeführt. Auch trafen die von uns befragten Therapeuten aus China und vereinzelt aus Argentinien ihre Entscheidung in Abhängigkeit von der vorliegenden Diagnose. Die deutschen und argentinischen Therapeuten richteten sich zudem eher nach der Person des Patienten, wenn sie sich für oder gegen die Akupunktur entschieden.

„Wir müssen zunächst schauen, ob es sich bei der Erkrankung um eine handelt, die man auch mit Akupunktur überhaupt behandeln kann. Wenn es der Fall sein sollte, dann können wir dem Patienten versichern, dass wir sie behandeln können, und wir würden dem Patienten die Akupunktur empfehlen [...] Und dann gibt es noch Fälle, denen ich mit Akupunktur überhaupt nicht helfen kann.“ [CTA02, 34]

„[...] Wenn ein Patient eine chirurgische Symptomatologie hat, sicherlich werde ich ihn zum [Chirurgen schicken] oder eine Untersuchung [...] machen, z.B. gastroenterologisch oder eine Blutuntersuchung, wenn ich das brauche [...] das ist alles im Rahmen der konventionellen Medizin, die ich als absolut notwendig und nützlich für den Patienten erachte.“ [ATA10, 39]

„Man muss ja immer bei Patienten ausprobieren, was hilft. Der eine sagt, die Akupunktur hilft mir sehr gut; der nächste sagt, die Physiotherapie hilft mir sehr gut. Der dritte sagt, die Tablette Ibuprofen ist am besten. Ganz verschieden. Oder der vierte sagt, geben Sie mir eine Spritze darein, das hilft dann auch wieder drei Monate. Ganz verschieden. Und das muss man ausprobieren, und sie (die Akupunktur) ist ein Baustein in den Therapiemöglichkeiten.“ [DTA03, 37]

„Ich denke, es gibt Personen, die die Akupunktur brauchen, die von ihr profitieren, und es gibt andere, die mehr von der Homöopathie profitieren z.B. Manche Menschen kombinieren das, aber sicherlich ist es genauso wie in der westlichen Medizin, dass es Menschen gibt, die sich viele Male in ihrem Leben operieren lassen, und es gibt Personen, die sich nie operieren lassen.“ [ATA10, 41]

Besonders in China wurde zudem von den Therapeuten betont, dass die Nadeltechnik bei der Akupunktur je nach Patient und Diagnose anzupassen sei.

„Je nachdem wie die Situation des Patienten ist, kann man die Technik, die Manipulation, die Auswahl der Punkte und auch je nachdem wie sich die Krankheit auf den Meridianen darstellt, kann man das alles anpassen.“ [CTA04, 10]

In allen drei Ländern waren sich die Therapeuten jedoch auch bewusst, dass die Akupunktur abhängig von Diagnose und Patient ihre Grenzen hat.

„[...] Bei einigen organisch bedingten Schmerzen, zum Beispiel bei Krebspatienten, oder bei Verwachsungen und Brüden [...] oder bei Frakturen, die wirklich organische Veränderungen haben, da kann die Akupunktur allein nur eine komplementäre Therapie sein, eine Linderung kann sie alleine nicht erreichen, sie kann hier also die Grundursache nicht beheben. Das ist sehr wichtig zu unterscheiden!“ [CTA02, 12]

„[...] Das ist eine ergänzende Therapie, das ist keine alleinige Therapie für bestimmte Sachen natürlich.“ [DTA04, 38]

„Ich denke, dass sie eine gute Ergänzung zur konventionellen Medizin ist [...] es gibt Dinge, die sie uns nicht lösen wird, oder, man muss sie in Kontext setzen, nicht wahr, bis wohin sie Dinge beeinflussen kann und bis wohin nicht [...] Alles, was funktionell ist, wird gut laufen mit der Akupunktur. Wenn es um eine mehr organische Angelegenheit geht, kann ich es nicht lassen dem Patienten zu sagen, dass die Technik ihre Grenzen hat. Ich glaube, dass es eine sehr gute Ergänzung ist.“ [ATA05, 28]

3.5.3 Persönliche Gründe der Therapeuten für das Erlernen der Akupunktur

Wie sich die von uns befragten Therapeuten dafür entschlossen haben, TCM und Akupunktur zu erlernen, war in den drei Ländern unterschiedlich. Während es für einige der Therapeuten in China eine schicksalhafte Fügung war, trafen die deutschen und argentinischen Therapeuten diese Entscheidung aktiv. In China fanden drei von den sechs Therapeuten den Weg zum Studium der TCM, da jeweils ein Elternteil entweder TCM-Arzt oder konventioneller Arzt war. Die anderen drei entschieden sich aus zum Teil gänzlich fachfremden Gründen für das Studium der TCM.

„[...] Das ist bei mir durch den Einfluss aus der Familie gekommen! [...] Also damals, weil mein Vater ist ein TCM Arzt [...] da habe ich mich von meiner Familie beeinflussen lassen. Deswegen habe ich direkt angefangen, TCM zu studieren in der Universität.“ [CTA01, 10]

„In der westlichen Medizin muss man Blut sehen können [...] und ich finde das einfach nicht sehr sauber. Na und dann habe ich einfach Akupunktur studiert [...] Und bei der TCM war es so, dass wir damals einen extra Kurs auf englischer Sprache hatten, deswegen ist es dann so gekommen.“ [CTA06, 26]

Eine Therapeutin aus China sprach bei ihrer Wahl zum Studium der TCM und Akupunktur die tiefe Verwurzelung der TCM in der chinesischen Kultur an. Es bestünde in China die Vorstellung, dass ein TCM-Arzt nur dann das nötige Wissen erlangen und erfolgreich werden könnte, wenn er aus einer Familie stammen würde, die über alte Überlieferungen verfügt. In ihrer Aussage revidierte sie diese Ansicht jedoch und äußerte, dass man sich vor allem durch das Studieren von Büchern und durch das Sammeln von Erfahrung dem „Grund der TCM“ annähern könne.

„Damals hatte ich auch nicht so viel Ahnung von TCM, ich war selber nur bei westlicher Medizin. Und dann hat meine Mutter einen Satz gesagt, und zwar, dass die chinesische Medizin auch nicht schlecht wäre! Schau dir die chinesische Medizin doch mal an! Aber damals hatte ich nur die Vorstellung von der TCM, dass man hier vorwiegend durch uralte Überlieferung aus der Familie, und mit aus eigener Familie überlieferten Kräuterformeln und Rezepten, nur damit erst zum guten TCM Arzt werden kann, deswegen hatte ich damals noch Zweifel. Und dann aber als ich mich zu diesem Gebiet umgehört habe, da hat man mir gesagt, dass man nicht unbedingt familiäre Überlieferungen braucht, dann habe ich entschieden, doch TCM zu studieren. [...] Und mit der Zeit, in der ich auch gewachsen bin, und mehr Erfahrungen sammeln konnte, durch das Studieren von Büchern und das Auffrischen des medizinischen Wissens immer wieder, da ist mein Verständnis für die TCM für mich persönlich auch immer tiefer geworden. Für mich, denke ich, bin ich da immer mehr auf dem Weg zum Grund, zur wahren TCM. Was die TCM eigentlich bedeutet.“ [CTA03, 21]

Sowohl in Deutschland als auch in Argentinien waren es allesamt Fachärzte der konventionellen Medizin, die in die Studie eingeschlossen wurden. Die Therapeuten aus beiden Ländern haben sich aktiv für eine Ausbildung im Bereich TCM und Akupunktur vor allem aus dem Grund entschieden, dass sie die Grenzen der konventionellen Medizin erkannt haben und unzufrieden mit den konventionellen Therapien waren.

„Also ich habe Akupunktur ja während des Studiums schon gelernt. Zum einen war es einfach mal Neugierde zum anderen war's sicherlich nicht etwas, was es später wurde. Später nach abgeschlossenen Studium war es etwas, das ich mir gesagt habe, mir fehlt noch ein Handwerkszeug, wie ich Patienten helfen kann.“ [DTA01, 13]

„Ich habe gefühlt, dass, dass, dass es etwas Weiteres gab, dass die konventionelle Medizin nicht deckt.“ [ATA04, 07]

In Deutschland spielten außerdem gute Vorerfahrungen mit der Akupunktur und ein bestimmtes Lebenskonzept eine Rolle bei der Entscheidung zum Studium der Akupunktur.

„Ich war bei meinem Chiroverein bei so 'ner äh Fortbildung wieder mal ne Woche Wochenende Jahrestagung, da gab's ein paar Stunden Akupunktur und da hab ich's gemacht und da hat' i halt Schulterprobleme und die waren eben halt weg.“ [DTA05, 17]

„Das eine war, ich bin neugierig. Ähm, wie viele meiner Generation auch sehr intensiv in der 68-er Bewegung gewesen. Und da war ja eine ganze Zeit dann China das gelobte Land. Erst später hat man gemerkt, dass das halt eben auch nicht alles immer so einfach ist, aber das Interesse für China war eigentlich als erster Beginn, sich mit der Akupunktur auseinanderzusetzen. Und ganz persönliche zweite, ähm Interesse, ich stamme eigentlich aus der Psychosomatik Heidelberger Schule familiär. Oder genauer gesagt, Viktor von Weizsäcker war der akademische Lehrer meines Vaters, der gilt als Begründer der westlichen- der deutschen Psychosomatik.“ [DTA06, 11]

In Argentinien gaben die Therapeuten zudem an, dass sie die Ganzheitlichkeit und Spiritualität in der konventionellen Medizin vermisst hätten. Wie in China spielten in einzelnen Fällen auch eine familiäre Prägung eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für das Studieren von TCM und Akupunktur.

„Und ich habe immer gedacht, dass wir ein Körper sind, der im Grunde Energie ist, und ich habe nicht verstanden warum nirgends von Energie gesprochen wurde. Und während des ganzen Studiums, also gut, wurde von sozialen Dingen in einigen Fächern gesprochen, wenigen, sehr wenigen. Aber ich weiß nicht, es beinhaltete etwas Globaleres, das mit diesem Thema zu tun hatte, mit dem Spirituellen und das kam mir immer zu kurz in der konventionellen Medizin.“ [ATA04, 07]

„[...] Für mich war sie [die TCM] immer ein Teil der Medizin. Somit ist es gekommen, dass [...] von Kindheit an auf mich eingewirkt hat oder von Papa, nicht wahr, die Wichtigkeit, die er ihr gab, und die Macht/Möglichkeit, damit weiterzumachen mit [...] die Vorteile davon zu verbreiten [...].“ [ATA03, 08]

3.6 Rolle der Akupunktur im Medizinsystem (Interviews)

3.6.1 Von den Patienten parallel zur Akupunktur in Anspruch genommene Verfahren und Empfehlungen der Therapeuten

In China bestand die Behandlung der von uns befragten Patienten entweder ausschließlich aus der Akupunktur oder zusätzlich aus anderen Verfahren der TCM. Diese beinhalteten die Chinesische Arzneitherapie, das Schröpfen und die Tuina. Die konventionelle Medizin spielte nur in der Diagnostik eine Rolle. Nur ein Patient nahm neben der Akupunktur Schmerzmedikamente ein. Für die chinesischen Patienten spielten die Bewegung, körperliche Aktivität sowie die Verhaltensänderung im Alltag nur eine geringe Rolle bei der Krankheitsbewältigung. Vereinzelt gaben Patienten aus China an, Gymnastik sowie Tai Qi in öffentlichen Parks¹⁸ oder Innenhöfen zu üben. Die Therapeuten rieten allerdings oft zu mehr Bewegung und einer Änderung des Lebensstils.

„Auf jeden Fall mache ich da mit, bei diesen Morgenübungen von unserem Wohnblock. Morgens machen wir Tai Qi, oder tanzen Fächertanz oder so etwas!“ [CPA10, 14]

„Ja, das ist selbstverständlich, ich würde ihm einige gesundheitsfördernde Maßnahmen für den Alltag mitgeben, und dass er mehr Training braucht, wie zum Beispiel beim letzten Mal habe ich ihm eine Übung gezeigt, die er selber zu Hause üben soll, die sogenannte ‚Mi-Zeichen‘-Gymnastik.“ [CP04CT01, 22]

„Denn viele unserer Patienten haben nicht nur die eine Erkrankung, sondern es ist vielmehr ein ungesunder Lebensstil, den sie ausführen. Zum Beispiel beim HWS-Syndrom. Wenn sich der Patient im Alltag auch um eine korrekte Körperhaltung bemüht, und auf seinen Körper achtet, wenn er sich regelmäßig im nötigen Maße bewegt, dann müsste es auch ohne Therapie gehen. Deswegen sollten Ärzte auch in diesem Bereich der Vorsorge als Richtungsweiser fungieren.“ [CTA03, 33]

Zudem wurde sowohl von den chinesischen Therapeuten als auch Patienten öfters darauf hingewiesen, dass Wärme eine wichtige Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen würde.

„Und jeden Abend wenn ich schlafen gehe mache ich mir eine Wärmflasche, die ich mir hier an die Schulter und an den Nacken lege.“ [CPA07, 18]

„Dann ist es für Sie wichtig, den Nackenbereich im passenden Maße bewegt und dass sie darauf achtet, dass sie keinen Wind oder keine Kälte abbekommt. Das sind Empfehlungen, die ich der Patientin gegeben habe [...]“ [CP09CT05, 12]

Für die chinesischen Therapeuten galt die Ernährung als besonders wichtig. Abhängig von der Diagnose sollten bestimmte Diäten eingehalten werden. Die Ernährung sollte im Allgemeinen

¹⁸ Gemeinsame sportliche Aktivitäten in Parkanlagen: Sogenannte „Park-Kultur“ in China.

salz arm und fettarm sein. Es bestünde ein enger Zusammenhang zur Chinesischen Arzneimitteltherapie. Die befragten Patienten äußerten sich allerdings nicht zum Thema Ernährung.

„Ehm, und weiter tiefer reichende Sachen sind Empfehlungen zur Ernährung, zum Beispiel also aus der Sicht der TCM betrachtet, spielen die Ernährung und der Schlaf beides eine Rolle bei der Entwicklung der Erkrankung.“ [CTA05, 38]

„Ja, da gibt's jede Menge. Also weil man generell auf seine Ernährung achten sollte, nicht zu fettig, nicht zu viel essen. Oder wie er darauf achten sollte, in diesem Bereich, und in der chinesischen Küche ist ja vieles aus der Chinesischen Arzneimitteltherapie, das kann man dann im täglichen Leben auch in der Nahrung hinzufügen, zu dieser Chinesischen Arzneimitteltherapie, die auch in der Ernährung eingesetzt werden kann, da kann man die Patienten beraten.“ [CTA02, 48]

In Deutschland stellte die Physiotherapie eine der wichtigsten Behandlungsmaßnahmen dar. Der Großteil der deutschen Patienten unserer Studie erhielt entweder neben der Akupunktur gleichzeitig eine physiotherapeutische Behandlung oder war der Meinung, dass diese auch helfen könnte. Außerdem wurden Medikamente sowie Spritzen zur Schmerzlinderung verordnet. An anderen alternativen Verfahren empfahlen die Therapeuten die Chinesische Arzneimitteltherapie sowie Massagen, Homöopathie und Osteopathie. Tatsächlich gab nur ein Patient an, neben der Akupunktur Chinesische Arzneimitteltherapie erhalten zu haben. In Deutschland fanden sich die meisten Patienten, die der Meinung waren, dass die körperliche Fitness etwas zur Gesundheit beitragen würde und dadurch insbesondere die Genesung bei HWS-Syndrom positiv beeinflusst werden könnte. Hier gaben viele Patienten an, mehr Sport betreiben zu wollen. Insbesondere zielte es darauf ab, Muskeln aufzubauen und in Bewegung zu sein. Letztendlich blieb es in vielen Fällen jedoch nur bei einem Vorsatz. Auch äußerten die deutschen Therapeuten die Meinung, dass man gar keine Therapie bräuchte, wenn der Patient sich körperlich fit halten würde.

„Ja, und regelmäßig Sport wär gut, etwas, dass helfen würde.“ [DPA15, 19]

„Und viele Sachen sind eben auch hausgemacht, das heißt, wenn sie sich, wenn sie drauf achten würde, mit körperlichen Übungen und sich fit hält, braucht sie diese Therapie gar nicht.“ [DP08DT02, 07]

Zudem waren die deutschen Patienten der Meinung, auf eine bessere Ergonomie und Änderung in der Stressbewältigung im Alltag achten zu müssen. Sie bekamen auch öfters die Empfehlung von ihren Therapeuten, etwas am eigenen Lebensstil zu ändern.

„Also, ich muss bewusster, bewusster mit mir selber umgehen, also einfach auch Belastungen irgendwie von mir halten.“ [DPA17, 15]

„Und [ich] weise sie manchmal darauf hin, wenn sie Nacken-, Rücken-, oder sonstige Verspannungen haben [...] dass vielleicht doch noch mal zu überlegen wär, dass es etwas im Leben gibt, was damit zu tun hätte.“ [DTA06, 23]

„Und natürlich auch emotionale Aspekte, wenn jemand äh immer nervös ist und [...] unausgeglichen ist, gut, dann kann man natürlich auch sagen, dass man versucht, eben auch die Einstellung zu ändern. [...] Oder [...] man sollte keinen künstlichen Stress erzeugen. Es gibt viele Sachen, die auf der psychologischen Ebene berücksichtigt werden muss, ja.“ [DTA02, 32]

In Argentinien stand sowohl für die von uns befragten Patienten als auch Therapeuten vor allem die Veränderung im Verhalten und Denken bei der Krankheitsbewältigung im Vordergrund. Hier spielten eine verbesserte Ergonomie am Arbeitsplatz sowie mehr Bewegung im Alltag, insbesondere in Form von Yoga, Qi Gong oder Tai Qi eine Rolle. Emotionen sowie die Psyche sollten in die Therapie miteinbezogen werden. Es wurden Entspannungsverfahren empfohlen, sowie Ruhe und insbesondere Meditation und Atemtechniken.

„In Wirklichkeit mache ich auch die ganze Behandlung [...] ich mache Meditation [...] ich versuche den Körper miteinzubeziehen, nein, mit dem Kopf. Ich versuche beides zusammenzubringen.“ [APA08, 13]

„Vielleicht sollte ich die Arbeitsposition ändern, vielleicht sollte ich mich körperlich betätigen, etwas was ich gar nicht mache [...].“ [APA03, 12]

„Nun, ein bisschen bezüglich einer Veränderung seines Lebensstils, nicht wahr. Manchmal muss man dem Patienten verständlich machen, dass [...] die Art und Weise wie erlebt nicht gesund ist, nicht gesundheitsförderlich ist, und dass er [...] einige Änderungen in sein Leben integrieren sollte.“ [ATA05, 20]

„[Sie sollte] am Ehesten, mit Yoga anfangen oder so, das tut ihr sicherlich gut. Oder Tai Qi [...].“ [AP10AT08, 17]

„Nein, ihr haben wir am Anfang Qi Gong-Übungen beigebracht, Entspannungsübungen für die Halswirbelsäule. Und, also, Atemtechniken [...].“ [AP08AT04, 13]

Die Patienten in Argentinien nahmen trotz ihrer zuvor beschriebenen Abneigung gegenüber Medikamenten dennoch oft Schmerztabletten neben der Akupunktur ein.

„Das heißt nicht, dass ich nicht zum Arzt gehen darf, dass man keine Medikamente zu bestimmten Zeiten nehmen darf. Ich bin keine Fundamentalistin [...].“ [APA08, 41]

Zudem nahmen die argentinischen Patienten parallel zur Akupunktur alternative Behandlungsmaßnahmen wie die Kinesiologie oder Reiki¹⁹ in Anspruch.

„[...] In der Tat habe ich diese Woche auch einen Termin für Massage, Reiki, und ich suche verschiedene Alternativen.“ [APA10, 29]

¹⁹ Reiki: Spirituelle Heilkunst mit japanischem Ursprung.

Psychotherapie

Deutsche und argentinische Therapeuten boten die Psychotherapie zum Teil selber an und würden sie den Patienten empfehlen, wenn es notwendig sei. In China gab es keine Aussagen bezüglich der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Betreuung der Patienten. Tatsächlich gab es lediglich drei Patienten aus Argentinien, die während der Studie neben der Akupunktur eine Psychotherapie erhalten haben. Tabelle 15 fasst die von den Patienten neben der Akupunktur in Anspruch genommenen Maßnahmen zusammen.

„Äh, im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung zum Beispiel. Ich mache Psychotherapie neben anderen, was ich so mach.“ [DTA05, 39]

„Eh [...] die Sachen, die ich nur empfehle sind Psychotherapie [...].“ [ATA06, 23]

Tabelle 15. Anteil der Patienten, der folgende Maßnahmen neben der Akupunktur in Anspruch genommen hat, dargestellt für die jeweiligen Länder

		China (n=14)	Deutschland (n=14)	Argentinien (n=14)
Maßnahmen				
Konventionelle Medizin				
<i>gesamt</i>		1 (7.14 %)	5 (35.71 %)	7 (50.00 %)
<i>davon</i>	Schmerzmedikamente	1 (100.00 %)	4 (80.00 %)	7 (100.00 %)
<i>davon</i>	Spritzen	-	1 (20.00 %)	-
Länderspezifische Maßnahmen				
<i>gesamt</i>		5 (35.71 %)	13 (92.86 %)	5 (35.71 %)
<i>davon</i>	TCM (Kräuter, Schröpfen, Tuina)	5 (100.00 %)	2 (15.38 %)	-
<i>davon</i>	Physiotherapie und manuelle Therapie (Krankengymnastik, Chiropraktik, Osteopathie, Massagen)	-	12 (92.31 %)	-
<i>davon</i>	Kinesiologie ¹ , Homöopathie, Reiki und Digitopunktur ²	-	-	5 (100.00 %)
Lifestyle-Änderungen				
<i>gesamt</i>		6 (42.86 %)	10 (71.43 %)	11 (78.57 %)
<i>davon</i>	Sport/Bewegung	4 (66.67 %)	10 (100.00 %)	6 (54.55 %)
<i>davon</i>	Entspannungsverfahren	1 (16.67 %)	2 (20.00 %)	1 (9.09 %)
<i>davon</i>	Ergonomie	-	2 (20.00 %)	2 (18.18 %)
<i>davon</i>	Wärme	3 (50.00 %)	2 (20.00 %)	-
<i>davon</i>	Ernährung	-	1 (10.00 %)	-
Psychotherapie				
<i>gesamt</i>		-	-	1 (7.14 %)

¹Kinesiologie in Argentinien: physikalische, rehabilitative und alternativmedizinische Verfahren. ²Digitopunktur: Ohr Akupressur.

3.6.2 Stellenwert der Akupunktur im Behandlungskonzept

In China galt sowohl für die von uns befragten Patienten als auch Therapeuten, dass sie die Bewertung der Akupunktur in den Kontext der jeweils vorliegenden Erkrankung setzten. Die Akupunktur konnte für sie abhängig von Patient und Diagnose eine ergänzende, ebenbürtige oder eindeutig übergeordnete Rolle im Rahmen des Therapiekonzeptes spielen.

„Und dann gibt es noch andere Erkrankungen, da wirkt die Akupunktur nur als Assistenz zur westlichen Medikation, oder zur Chinesischen Arzneimitteltherapie.“ [CTA02, 51]

„Und dann bin ich auch sehr besorgt, falls das hier doch etwas mit Rheuma zu tun hat, na dann hilft mir die Akupunktur alleine nicht mehr!“ [CPA13, 14]

„Und dann gibt es Fälle, bei denen die Akupunktur mit anderen Therapien gleichwertig wichtig ist.“ [CTA02, 51]

„Was ist die TCM, also wenn es um die allgemeine Gesundheit geht, oder was auch immer du machst, da kann dir auch nur die TCM helfen. Und es gibt andere Krankheiten, da hilft nur die westliche zin.“ [CPA01, 120]

Mehr als in den anderen Ländern äußerten die chinesischen Patienten und Therapeuten, dass die Akupunktur in Bezug auf das HWS-Syndrom der konventionellen Medizin und auch anderen Verfahren aus der TCM überlegen sei.

„Die westliche Medizin, die zeigt einfach mal keinen Therapieerfolg für so Nackenbeschwerden [...] Aber das hier (Akupunktur) ist, sie heilt von Grund auf.“ [CPA01, 114]

„Frau ‚Doktor‘ Wu, merken Sie sich eines! Beim HWS-Syndrom wirkt die Akupunktur besser als andere Behandlungsmethoden!“ [CP01CT04, 29]

Von den deutschen Patienten wurden verschiedene Meinungen hinsichtlich des Stellenwertes der Akupunktur geäußert. Es fanden sich zum einen vereinzelt Aussagen, dass die Akupunktur als eine unterlegene Maßnahme angesehen werden würde, zum anderen, dass sie eine reine ergänzende Therapie darstelle und schließlich in abhängig von der Diagnose allerdings mitunter anderen Verfahren vorzuziehen sei.

„Also eigentlich würde ich sagen [kommt die Akupunktur] nach der Krankengymnastik und ge.“ [DPA13, 113]

„Das ist für mich eine Nebenbehandlung. Also das ist nicht die Hauptbehandlung.“ [DPA01, 44]

„Das hängt von der Diagnose ab [...] Also, ich denk, es gibt Beschwerden, wo die Akupunktur Sinn macht, also es gibt genug Beschwerden, wo ich operiert werden muss oder man die kombinieren muss und verschiedene Sachen.“ [DPA15, 83]

„Also ich denke mal, ne krankengymnastische Übung oder Physiotherapie ist auch eine gute Sache. Aber in Hinblick auf die Langfristigkeit denke ich mal könnte eine Akupunktur da gewinnen.“ [DPA20, 61]

Auch die Therapeuten in Deutschland äußerten unterschiedliche Meinungen zum Stellenwert der Akupunktur im Medizinkonzept. Während für viele Therapeuten die Akupunktur eher eine ergänzende Therapie darstellte, gab es andere, die in der Akupunktur eine im Vergleich zu anderen Behandlungen ebenbürtige Therapie sahen. Genauso gab es vereinzelt Meinungen, dass sie eine überlegene Therapie darstellen würde.

„Akupunktur ist eine sehr gute sinnvolle Ergänzung zu der konservativen oder schulmedizinischen Therapie.“ [DTA02, 34]

„Also, da ist die Akupunktur in etwa gleichrangig mit Physiotherapie und medikamentöser Therapie, sag ich einfach so.“ [DTA05, 47]

„Also Schmerzbehandlung ist ja meistens lokal [...] Das wird gemacht, gespritzt oder Physiotherapie [...] Aber [bei der Akupunktur] [...] ist es eben, dass man eben den ganzen Menschen sieht.“ [DTA04, 40]

In Argentinien sahen die Patienten die Akupunktur als Teil eines Behandlungskonzeptes mit verschiedenen Behandlungsmaßnahmen. Es fanden sich Aussagen, in denen die Akupunktur als überlegene Methode angesehen wurde, dies jedoch eher in Abhängigkeit von der Person des Patienten. Hinsichtlich eines indikationsspezifischen Einsatzes äußerten sich die argentinischen Patienten allerdings nicht, sondern betonten noch mehr, dass die Akupunktur auf gleicher Stufe mit anderen Therapieformen zu sehen sei.

„Sie hat mir immer mehr geholfen als andere Sachen, die ich probiert habe, aber ich weiß nicht wieso.“ [APA06, 41]

„[...] Nicht allein mit der Akupunktur, ich weiß, dass ich mit anderen Dingen etwas dazu beitragen muss. Aber ich weiß, dass es ein Werkzeug ist, dass mir helfen kann, den Schmerz zu lindern.“ [APA07, 27]

„[...] Es erscheint mir eine sehr gute alternative. Oder sagen wir [...] [eine] sehr gute eigenständige Methode [...].“ [APA06, 39]

Therapeuten in Argentinien stellten vor allem die Bedeutung einer multimodal ausgerichteten Behandlung heraus. Die Akupunktur wurde als gleichwertiger, sich mit anderen Verfahren ergänzender Bestandteil des Therapiekonzeptes gesehen.

„Also, es scheint mir, dass sie sich ergänzen. Eines begleitet das andere, manchmal ist es die Einheit aus verschiedenen Dingen, die Besserung bringt.“ [ATA09, 21]

„Ich denke, dass sie eine gute Ergänzung zur konventionellen Medizin ist [...] es gibt Dinge, die sie uns nicht lösen wird, oder, man muss sie in Kontext setzen, nicht wahr, bis wohin sie Dinge beeinflussen kann und bis wohin nicht [...].“ [ATA05, 28]

„Jede, oder sagen wir, ich glaube nicht, dass [es] eine Therapie gibt, die besser ist als eine andere.“ [ATA04, 23]

Akupunktur im Konzept der multimodalen Medizin

Die Akupunktur galt den Aussagen der chinesischen Patienten und Therapeuten aus dieser Studie zufolge als ein Bestandteil der TCM. Wenn die Akupunktur mit anderen Therapien kombiniert wurde, dann nur mit Verfahren aus der TCM. Insbesondere waren viele chinesischen Patienten der Meinung, dass eine Kombination mehrerer Methoden der TCM eine additive Wirkung haben würde: Je mehr Verfahren angewendet werden würden, desto erfolgversprechender sei die Therapie.

„[...] Ich such mir selber immer zu Hause jede Woche draußen jemanden für eine Massage, deswegen will ich jetzt zusätzlich Akupunktur auch dazu haben, das ergibt alles eine sich ergänzende Therapie! Und außerdem finde ich dann, dass der Therapieeffekt größer wird [...] Auf jeden Fall finde ich, dass keine der Therapieoptionen [der TCM] fehlen darf, man sollte alles miteinander kombinieren!“ [CPA10, 34-70]

„Genau, deswegen verschreibe ich jedem meiner Patienten auch ein Rezept für die Chinesische Arzneimitteltherapie. Deswegen muss man sagen, dass ich beides sowohl Kräuter als auch Akupunktur mache.“ [CTA03, 62]

„[...] Sie hat, weil wir ja eigentlich nur Akupunktur machen, hier gibt es nur Akupunktur, aber eigentlich habe ich bei ihr noch das Schröpfen angewendet, ich habe die Therapie mit dem Schröpfen kombiniert.“ [CP07CT01, 26]

Das Konzept der Akupunktur als Bestandteil der TCM wurde auch in den Interviews mit den Therapeuten in Deutschland und Argentinien deutlich.

„Ich mach immer ne Zungendiagnostik, immer ne [...] Pulsdiagnostik, ich geb oft noch chinesische Kräutertherapie, chinesische Kräutertees hinzu und habe Kontakt mit Leuten, die Tuina oder ähnliches anhaben.“ [DTA01, 17]

„[...] Daher werde ich sicherlich auch in Kürze dahin kommen, chinesische Medizin zu studieren, denn die Akupunktur ist nur ein Teil der chinesischen Medizin.“ [ATA06, 07]

Eine Therapeutin aus China sprach das Konzept der „integrativen Medizin“²⁰ an. Sie äußerte den Wunsch, einen „Zusammenschluss aus konventioneller Medizin und TCM“ zu etablieren, der jedoch aktuell in China an einer bereits lange Zeit bestehenden „Verwestlichung“ der TCM zu scheitern schien.

²⁰ Integrative Medizin aus dem Englischen: „Integrated medicine“. Eine Medizin, die das Wohlbefinden und die Gesundheit des ganzen Menschen auf bio-psycho-sozio-spirituelle Ebene betont, sich Maßnahmen der konventionellen sowie komplementären Medizin bedient und dessen Grundlage eine harmonische sowie effektive Arzt-Patienten Beziehung bildet [80].

„[...] In der Zukunft wäre die optimale Lösung ein Zusammenschluss aus konventioneller Medizin und TCM, und dass sie sich im Grunde fest zusammen vereinigen [...] Deswegen wäre die optimale Lösung eine Kooperation und Zusammenschluss, eine echte freundschaftliche Zusammenarbeit zwischen der TCM und der westlichen Medizin. Das ist aber recht schwierig zu erreichen [...] Genau, so wie es in den USA jetzt gemacht wird, sie nennen das [...] „integrative medicine“ [...] Aber wie man diesen Zusammenschluss vollbringt, das ist ein Problem. Denn die Chinesische Medizin hat sich hierzulande bereits viele Jahre lang für einen Zusammenschluss mit der konventionellen Medizin ausgesprochen! Und das Ergebnis dieses Versuches, sich zusammenzuschließen ist vieler Hinsicht nach eher eine Verwestlichung der Traditionellen Chinesischen Medizin, es ist nun weder westlich noch chinesisch (lacht).“ [CTA05, 40-42]

In Deutschland richtete sich die Therapie soweit möglich nach einer ganzheitlichen Sicht auf den Patienten. Was letztendlich an Behandlungsmaßnahmen angeboten wurde, war abhängig davon, was für Zusatzqualifikation der jeweilige Therapeut mitbrachte. Es schien nicht nur bei den Therapeuten, sondern auch bei den Patienten die Grundstimmung zu geben, dass die Summe verschiedener Maßnahmen zum Behandlungserfolg beitragen würde. Es wäre unwichtig, zu wissen, welche Maßnahme letztendlich zur Besserung geführt hat, und genauso wäre es dem Patienten egal, welche Therapie ihm empfohlen werden würde.

I: „Und was haben Sie dann für Möglichkeiten, alles zu machen?“

T: „Na erst mal gibt's [...] die normale Schmerzbehandlung mit Injektionen, Chirotherapie, auch Physiotherapie. Wir machen auch Massagen, schöpf schröpfen, Ultraschall, Magnetfeld. Äh, dann kann man Medikamente verordnen. Dann kann man wie gesagt auch die Physiotherapie, die ich natürlich dann auch immer verschreibe. Akupunktur, Infusionen, also es ist eine Riesenpalette an Schmerzbehandlung, je nachdem, was es nun ist, ne. Und zur Not auch mal eine Operation, wenn ein Meniskus gerissen ist oder so.“ [DTA04, 11-13]

„[...] Anfang des (letzten) Jahres, wo ich das gehabt habe, da hat dieser Orthopäde auch Akupunktur gemacht bei mir, der hat auch alles gemacht vom Bed-jet, über Akupunktur, über Massagen, über Fango, manuelle Therapie [...] Und nach sechs Wochen ist es dann weggegangen. Warum? Das weiß ich nicht. Ist es jetzt die Summe aus allem oder ist es ist es aus nur aus einem Bestimmten [...].“ [DPA19, 23]

„Wenn man die Akupunktur macht, und es hilft in vielen Fällen, ist es mir nicht wichtig, ob es die Akupunktur war oder die Ratschläge waren, die zur Verbesserung führen.“ [DP08DT02, 09]

„Und also wenn sie Massage aufgeschrieben hätte mit Einrenken, das was ich vielleicht vermutet hätte, dann hätte ich das gemacht, in der Hoffnung, dass es passt.“ [DPA18, 75]

Therapeuten in Argentinien sprachen einer multimodal ausgerichteten Behandlung eine große Bedeutung zu. Die Patienten wurden von verschiedenen Therapeuten untersucht, die sich in einer wöchentlichen Besprechung um ein gemeinsames Verständnis des Patienten im Sinne eines biopsychosozialen Modells bemühten. Auf Basis dieses Verständnisses wurden die Patienten im Folgenden behandelt. Die Akupunktur bildete dabei mit Anregungen zur Modifikationen des Lebensstils sowie anderen Verfahren, auf welche die verschiedenen Therapeuten

spezialisiert waren, ein geschlossenes Therapiekonzept. Auch Ansätze der konventionellen Medizin (v.a. Diagnostik wie auch medikamentöse Versorgung) wurden auf eine selbstverständliche Art und Weise ebenso wie die Beschäftigung mit psychisch belastenden Themen aus der Vergangenheit und dem aktuellen sozialen Umfeld integriert. Im Umgang mit den Patienten fiel ein besonders herzliches, zugewandtes, empathisches und partnerschaftliches Verhalten der Therapeuten auf.

„[...] Ich und er waren [...] ein richtiges Team, wir waren ziemlich verbunden. Wir haben zusammen nachgedacht: ‚Das machen wir so, so, oder so‘. Das war alles eine Interaktion. Da er mehr Erfahrung hat bei der einen Sache und ich bei einer anderen, war es also sehr interessant. Ja, ja, es war nicht wie manchmal, dass man alleine ist [...] wir haben im Team gearbeitet.“ [AP07AT01, 23]

„[...] Jeder bringt seine Sichtweise ein [...] das, was man nicht vollständig löst, dazu bringt der Kollege irgendeine Information, die hilft, um eine besser Diagnostik zu machen, um die Therapie besser auszurichten. Das ist eine sehr schöne Form des Arbeitens.“ [AP13AT05, 16]

3.6.3 Wahrnehmung von Skepsis gegenüber alternativen Heilmethoden in der Gesellschaft

Es fanden sich in Argentinien vereinzelt Äußerungen dazu, dass die komplementäre Medizin als zweitrangig hinter der konventionellen Medizin stehe und nicht anerkannt werden würde. In Deutschland sowie in China fanden sich derartige Äußerungen nicht. Es wurde lediglich von einem chinesischen Therapeuten darauf hingewiesen, dass es in China wohl immer noch Versuche geben würde, die TCM zu „vernichten“.

„[Ich] bin zum Neurologen gegangen, der als ich die ganzen Urkunden gesehen habe, die er an der Wand hängen hatte [...] Zertifikat von was weiß ich, Zertifikat von ich weiß nicht, als Neurologe auf Titelseiten von Zeitschriften aus den USA. Und was weiß ich, ich sage: ‚Und ich werde hier nicht die Akupunktur erwähnen, auch nicht dass (...) ha ha ha ha (sie lacht)‘.“ [APA01, 05]

„[...] Was wir das Konventionelle nennen ist [etwas, was] [...] besser positioniert [ist] [...]! [...] wegen der Forschung und dem Wissen um bestimmte Wirkmechanismen und weil [...] die evidenzbasierte Medizin ist wirklich (...) enorm (...) nicht wahr. [...] wie es die Kollegen sehen ist das so, [...] dass es sich über die Zeit unheimlich wandelt. Die Haltungen sind jetzt offener [...] innerhalb der Medizin, wo sie angefangen haben und hospitiert haben und so, ist es immer noch (...) es gibt viele, die sie benutzen um die Patienten loszuwerden, bei denen sie nicht weiterkommen [...] das ist alles ein Thema, man könnte viel darüber sprechen. Und generell wird sie immer noch viel als Ergänzung verwendet, ja.“ [ATA03, 22]

„[...] Da gab es eine Person, [...] ungefähr um 2006 herum [...] der hat gefordert, dass man ein für alle Mal die TCM vernichtet. Und auf seiner Petition, da haben auch wirklich viele Menschen unterschrieben. Das heißt also, dass es sehr viele Menschen gibt, die sich einfach nicht auskennen mit der TCM.“ [CTA05, 44]

3.7 Erwartung an die Akupunktur (Interviews)

3.7.1 Erwartung der Patienten an den Therapeuten

3.7.1.1 Angst vor Nadeln und Schmerzen

Besonders in China äußerten die Patienten, dass sie um die Schmerzen bei der Akupunktur Bescheid wüssten und Angst vor Nadeln hatten. Die Patienten wiesen aber auf die Notwendigkeit der Behandlung hin, sodass sie die Schmerzen dafür in Kauf nahmen. In Deutschland und Argentinien gab es hingegen nur vereinzelte Aussagen über die Hoffnung einer schmerzfreien Akupunktur.

„Ich hatte total Angst! Die Leute hier kennen das schon mit mir, dass ich Angst vor Nadeln habe!“ [CPA09, 45]

„Du verabscheust doch die Krankheit, wenn du die Krankheit verabscheust, warum solltest du denn dann die Nadeln fürchten? Du tust es doch, damit es dir schneller besser wird! Das ist so, wenn du erst mal krank geworden bist, dann nützt es dir wenig, wenn du Angst vor den Nadeln hast. Die einzige Funktion der Nadeln ist, dass sie dich heilen, was soll denn das, wenn du dich vor ihnen fürchtest?! Nicht wahr, da musst du die Zähne einfach zusammenbeißen, dann geht das schon!“ [CPE06, 50]

„Dass er die Nadeln alle richtig schmerzfrei setzt.“ [DPA10, 52]

„Dass es mir nicht weh tut [...] Das einzige, was ich habe, ist, dass es mir nicht weh tut.“ [APA08, 33]

In allen drei Ländern fanden sich Aussagen der Patienten dahingehend, auf welche Weise besser mit den Schmerzen bei der Akupunktur umgegangen werden könnte. In China wies ein Patient darauf hin, dass eine Ablenkung geholfen hätte. In Deutschland sei es wichtig, dass der Patient auf die Akupunktur vorbereitet und mit in die Therapie einbezogen wird. In Argentinien sei vor allem ein vertrauensserweckendes Umfeld wichtig, damit sich der Patient entspannen kann.

„[...] Am Anfang war ich schon sehr aufgeregt, aber die anderen Ärzte (Studenten) hier haben mir immer alle geholfen, die Schmerzen etwas zu lindern, oder ähm... meine Beine kurz zu berühren, damit meine Aufmerksamkeit abgelenkt ist, oder meinen Arm kurz gehalten, und wo auch immer kurz gestreichelt, damit ich nicht so angespannt bin. Also während der Nadelung. Damit ich ein wenig abgelenkt bin. Dann empfand ich auch die Schmerzen von der Akupunktur nicht mehr so stark.“ [CPE09, 12]

„Wenn man darauf eingestellt ist, dann sag ich, schreit auf und dann ist es schon vorbei.“ [DPE02, 21]

„Na ja, das mach ich jetzt da rein, das tut nicht weh oder so. Da hatte ich ja schon ein bisschen Bedenken. Ne, und wo er es reinmacht, ich hätte gerne mehr erklärt bekommen.“ [DPE13, 11]

„[...] Die Nadeln tun nicht weh. Was wichtig ist, ist, dass Du dich entspannst und denkst, dass Dir das gut tut. Die Nadeln sind ganz fein!“ [APA12, 13]

„Ja, das waren sehr sensible Punkte und das bei mir so einen starken Schmerz verursacht, dass ich weinen wollte. Aber gut, sie haben mich liebevoll behandelt und haben aufgepasst, sie haben mich dennoch gestochen oder etwas gewartet...oder haben versucht die Nadel nicht ganz so tief zu reinzustecken, damit es mir nicht so wehtat.“ [APE13, 07]

In Deutschland äußerte sich lediglich ein Patient dazu, dass er tatsächlich Angst vor den Schmerzen bei der Akupunktur habe. In Argentinien gab es teilweise Patienten, die vor der ersten Akupunktursitzung gar nicht wussten, dass die Nadeln wehtun könnten.

„Na ja, er kann ja ruhig erklären, jetzt pieke ich und dann dass man darauf vorbereitet ist. Ich bin so ein bisschen sagen wir mal so ein bisschen ängstlich.“ [DPA13, 71]

„Sagen wir, ich hatte vor den Nadeln keine Angst. Somit ist mir danach aufgefallen, dass es wehtun kann. Manchmal hat es mir wehgetan, aber nein [...] das hat mich nicht eingeschüchtert.“ [APE09, 13]

Eine Besonderheit war im chinesischen Teil der Studie, dass die Patienten, die Angst vor den Nadeln hatten und deswegen die Therapie hinauszögerten, eine interessante Entwicklung der Schmerzwahrnehmung durchliefen. Am Anfang seien die Beschwerden im Nacken so stark gewesen, dass die Akupunkturnadeln gar nicht so schmerzhaft wahrgenommen worden wären. Haben sich jedoch die Beschwerden im Verlauf der Therapie gebessert, wurden die Nadeln umso deutlicher gespürt und verursachten wiederum Schmerzen. Somit schloss sich der Kreis und es entstand wieder eine Angst vor den Nadeln. Diese Entwicklung wurde auch von den Therapeuten bestätigt: Es sei wohl ein häufiges Problem, das vor allem bei der Behandlung von Schmerzen, wie die des HWS-Syndroms, auftrat.

„Also das war so, zu der Zeit, war die Krankheit ziemlich schlimm, da bin ich gar nicht auf die Idee gekommen, mich vor der Akupunktur zu fürchten. Ich wollte einfach um alles in der Welt schnell diese Krankheit loswerden, das war's! Also nein, da am Anfang hatte ich keine Angst! [...] Ja, meine Beschwerden sind geringer geworden, und dann spürt man die Nadeln mehr, und dann kriege ich auch mehr Angst!“ [CPA05, 02-07]

„Aber seitdem es besser geworden ist, habe ich immer das Gefühl, dass ich immer mehr Angst kriege!“ [CPA05, 93]

„Also bei dieser Erkrankung, also die Patienten mit dieser Krankheit haben ein typisches Merkmal, und zwar ist es bei denen so, dass sie je länger sie Akupunktur bekommen, umso schmerzhafter ist die Therapie für sie [...] Der [eigentliche Schmerz] ist nämlich verschwunden!! Genau, und dann merken Sie die Nadeln der Akupunktur umso mehr, und das tut ihnen dann weh! [...] bei vielen Patienten ist es so.“ [CT02CP03, 32-36]

3.7.1.2 Anzahl der Therapeuten

Den Patienten war in allen Ländern wichtig, dass die Therapeuten gut über ihre Krankheitssituation und Krankheitsgeschichte Bescheid wissen. In China und in Deutschland bevorzugten die meisten Patienten daher, nur von einem Therapeuten behandelt zu werden. In Argentinien gaben dagegen nur wenige Patienten an, nur von einem Therapeuten behandelt werden zu wollen. Hier wurde die Behandlung durch ein Therapeuten-Team als vorteilhaft angesehen, da hierdurch ein vermehrter Austausch über den Patienten unter verschiedenen Therapeuten bestünde.

„Ich persönlich denke, am besten ist es, wenn nur ein Therapeut die Behandlung übernimmt. Denn womöglich, weil wenn ich immer dieselbe Therapeutin habe, dann wird sie am genauesten über meine körperliche Besserung, die Krankheitsentwicklung und Situation Bescheid wissen, das ist meiner Meinung nach wichtig und gut für die weitere Erholung meines Körpers, die dann auch schneller geschieht!“ [CPA04, 50]

„Also, wenn ich mir das genau überleg, ist das besser, wenn es ein einziger macht. Weil der kennt mich ja dann, was er das letzte Mal gemacht hat vielleicht.“ [DPA21, 57]

„Nein, im Gegenteil. Mir kommt es so vor, dass wenn es mehrere sind, können sie sich untereinander unterhalten und so einen internen Austausch machen, sich eine Meinung bilden [...] für mich ist das besser.“ [APA08, 35]

Nur wenige Patienten aus China und Deutschland akzeptierten eine Therapie mit mehreren Therapeuten. In China wurde einer Behandlung durch weitere Therapeuten nur aus drei Gründen zugestimmt. Erstens aus Rücksicht auf die Stresssituation der begehrten, besonders fähigen Akupunkteure. Zweitens aus Einsicht, dass auch junge, in ihrer Ausbildung befindliche Akupunkteure „üben“ sollten und drittens unter der Voraussetzung, dass es sich um Therapeuten aus der gleichen Rangordnung²¹ handelte, für die bereits im Vorhinein bezahlt wurde. Den deutschen Patienten war bloß wichtig, dass sie dem Therapeuten vertrauen konnten.

„Ach, was soll's! Wenn es nun ein anderer ist, dann wäre mir das auch egal! Die haben doch alle eh so viel zu tun, sind alle so gestresst!“ [CPA06, 42]

I: „Also, wenn sich da die Ärzte abwechseln, das macht Ihnen nichts aus, also Ihnen persönlich?“

P: *„Genau, das macht mir nichts aus! [...] Überlegen Sie doch mal selber! Junge angehende Ärzte, die müssen doch auch Schritt für Schritt langsam ihre Erfahrungen sammeln, richtig? Das heißt ja nicht gleich, dass junge Ärzte unbedingt schlechte Ärzte sind!“ [CPA10, 63-66]*

„Aber wenn es nun alles Oberärzte, also Ärzte aus dieser Klasse sind, dann weil ich auch gerne verschiedene Techniken von verschiedenen Oberärzten ausprobieren möchte [...]“ [CPA07, 56]

²¹ Rangordnung der Therapeuten in China: Je nach Expertise und Abschluss unterteilen sich die Therapeuten in verschiedene Klassen. Ähnlich wie in Deutschland die Unterscheidung zwischen Assistenzärzten, Fachärzten, Stationsärzten, Oberärzten und Chefärzten.

„Ja, wenn sie nett wären, schon. Ja, also wenn sie mir sympathisch wären. Wenn jetzt hier noch ein Kollege oder noch eine weitere Kollegin arbeiten würde, ich hätte da nichts dagegen. Klar kann die.“ [DPA14, 90]

3.7.1.3 Professionalität

In allen drei Ländern gaben die meisten Patienten an, Professionalität von den Therapeuten zu erwarten. Was die Professionalität in China ausgemacht hat, waren die Akupunkturtechnik, die Erfahrung und der Bekanntheitsgrad der Therapeuten.

„[...] Wenn es darum geht, eine Krankheit zu heilen, also nicht nur die Symptome zu mildern, dann spielt es eine große Rolle, wie deine Technik ist.“ [CPA11, 60]

„Also nach meinem Verständnis ist es glaube ich so, dass das eine auf jeden Fall die Erfahrung des Arztes ausmacht [...].“ [CPA13, 55]

„[...] Also die Frau X ist doch recht, also ihr Bekanntheitsgrad ist doch total hoch! Ich denke, dass das allein doch schon ausreicht! Finden Sie nicht?“ [CPA10, 58]

In China wurde die Erfahrung oft direkt in Verbindung mit dem Alter des Therapeuten gesetzt. Die Patienten verwendeten vereinzelt den Begriff „Alter TCM-Arzt“²², der in China als Synonym für einen erfahrenen, qualifizierten TCM Arzt verwendet wird.

„Er hat Akupunktur und Massage immer so toll gemacht! [...] Dieser alte TCM Arzt!“ [CPA02, 32-34]

In Deutschland bedeutete Professionalität eine generelle Fachkompetenz, deren Aufrechterhaltung durch den regelmäßigen Besuch von Fortbildungen gewährleistet werden würde. Besonders wurde Wert darauf gelegt, dass die Therapeuten genau wissen sollten, wo sie die Nadeln einstecken.

„Ja, ich geh davon aus, dass sie weiß, was sie tut und wo sie die Nadeln hinsetzt. Und die Bereitschaft, sie wird auch schon relativ viel Erfahrung haben, so eine Art Fortbildung machen. Das setze ich bei ihr voraus.“ [DPA15, 65]

In Argentinien wurde von einem professionellen Therapeuten erwartet, dass er nicht nur viel Wissen haben musste und dieses wie auch in Deutschland ständig erneuern und durch weiteres Studieren ausweiten sollte, sondern er müsse den Patienten auch von sich überzeugen können. In Argentinien bestand durch die unregelmäßige Ausbildung von Akupunkteuren oftmals die Angst vor Betrügnern und „Scharlatanen“.

²² „Alter TCM Arzt“: Wörtlich aus dem Chinesischen: Lao Zhong Yi. Fester Begriff als Synonym für einen erfahrenen TCM Arzt.

„Als erstes, dass er viel Wissen hat. Oder, lass mal sehen, dass er gut darüber informiert ist, was er wirklich kann. [...] Ein Halsabschneider darf er nicht sein. Denn hier gibt es viele Leute, die vorgeben was zu machen, aber nichts studiert haben. [...] Alle müssen gut ausgebildet sein, gute Abschlussnoten haben. [...] Und gut, und weiter studieren. Ständig weiter studieren.“ [APA01, 45-47]

„Jemand, der mich mit dem überzeugt, was er sagt, und mir nicht wie ein Aufschneider vorkommt. Hier in Argentinien, weißt du, hier gibt es viele Leute, die sich der Akupunktur widmen und in Wirklichkeit sind es alles Scharlatane. Jemand, der ernsthaft dabei ist, dessen Worte mich wirklich daran glauben lassen, was er sagt, und dass das, was er macht, sicher ist und für etwas hilft.“ [APA03, 35]

3.7.1.4 Vertrauens-erweckender Therapeut und vertrauens-erweckende Umgebung

Während keiner der chinesischen Patienten angab, sich eine „vertrauens-erweckende Umgebung“ zu wünschen, taten es die meisten Patienten in Deutschland und in Argentinien. In Deutschland stellten Charakteristiken wie Sympathie, Offenheit und Kompetenz Grundlagen für eine Vertrauensbasis, außerdem müsse die „Chemie stimmen“. Die deutschen Patienten wünschten sich eine aufmerksame Zuwendung. Diese würde sich dadurch auszeichnen, dass sie vom behandelnden Arzt wahrgenommen werden und dass zwischen ihnen eine Kommunikation stattfinden würde. In Argentinien gab es Äußerungen der Patienten, dass sie nur wenig über die Behandlungsmethode der Akupunktur wussten, so dass ein vertrauens-erweckender Therapeut umso wichtiger sei. Zu den Grundlagen für eine Vertrauensbasis gehörten Einfühl-samkeit, Herzlichkeit, viel Aufmerksamkeit und die Vermittlung des Gefühls, gut aufgehoben zu sein und dass man sich um sie kümmert. Die meisten argentinischen Patienten wünschten sich eine liebevolle Zuwendung vom Behandler.

„[...] Im persönlichen Gespräch muss die Chemie schon stimmen zwischen Arzt und Patient.“ [DPA05, 59]

P: *„Ich würde mich von keinem Arzt akupunktieren lassen, zu dem ich kein Vertrauen hätte. [...]“*

I: *„Was schafft Vertrauen für Sie?“*

P: *„Das ist ganz schwer. Ähm, das muss einfach zwischenmenschlich stimmen. Und äh, ich habe das Gefühl, dass da viel Kompetenz ist. Und dass ich ihm da voll und ganz anvertrauen kann.“ [DPA20, 51-53]*

„Also, genau diese Unwissenheit von mir, davon was das für eine Technik ist und alles drum rum, macht, dass, also, der Akupunkteur noch wichtiger ist. Deswegen muss es jemand sein, bei dem, den ich als vertrauenswürdig empfinden kann.“ [APA14, 34]

„Nun gut, die Charakteristika, die ich von demjenigen erwarte ist das. Mich sehr aufgehoben fühlen, also, mit viel Herzlichkeit, mit viel Aufmerksamkeit.“ [APA12, 28]

„[...] Dass es nicht nur die Akupunktur an sich ist, es ist die Umgebung, das Gefühl der Sicherheit durch die Ärzte [...] Aber die ganze Atmosphäre inklusive der Sekretärinnen. Du wirst Ihnen das nicht erzählen, denn sie werden lachen und werden es komisch finden. Also, das macht es aus. Die Medizin ohne Liebe taugt nicht [...] Und gut, dass er sich kümmert, einfühlsam ist, und was weiß ich.“ [APA01, 31-33]

3.7.1.5 Erklärung der Therapeuten während der Akupunktur

Insgesamt äußerten die befragten Patienten in allen Ländern geringe Erwartungen an die Erklärung während der Akupunktur. Die Mehrheit in China äußerte explizit, dass eine Erklärung des Therapeuten zum Therapieablauf nicht erwartet wird. Die Patienten sprachen oft das hohe Patientenaufkommen an, mit dem die Therapeuten täglich umgehen müssten. Sie nahmen eine bescheidene bis demütige Haltung ein und gaben an, die Therapeuten vor zu viel Arbeit bewahren zu wollen. Außerdem schienen die Patienten im Sinne eines Kollektivismus teilweise gleichzeitig für sich und andere Patienten zu sprechen. In China sowie in Argentinien wurde zudem darauf hingewiesen, dass eine Erklärung während der Akupunktur durch die Therapeuten nicht notwendig sei, da sie nur wenig darüber wüssten und die Erklärung nicht verstehen würden. In Deutschland fanden sich nur vereinzelte Aussagen, dass eine Erklärung erwartet werden würde beziehungsweise, dass eine unzureichende Erklärung kritisiert wurde.

„Es sind einfach zu viele Patienten hier. Und dann, wenn er uns allen einzeln auch noch etwas erklären will, dann ist es doch zu erschöpfend für ihn. Also wir finden alle, oder haben alle Angst, dass er sich zu Tode arbeitet!“ [CPE01, 35]

„[Er hat] keine Zeit, nicht wahr, deswegen haben wir nicht den Anspruch, dass er uns etwas erklärt, und wir verstehen davon ja auch nichts, nicht wahr?“ [CPE06, 52]

„[...] Ich weiß nicht, was könnten sie noch erklären, denn ich weiß ja auch nichts.“ [APE04, 14]

„[Ich möchte,] dass er mich mit einbezieht in das, was er macht.“ [DPA13, 77]

„[...] Ich würde sagen, er hat nicht genug erklärt. Da hab ich auch mehr erwartet, aber ich hab dann gefragt, und dann, also die anderen Sitzungen sind alle so wie er mir das zugesagt hatte.“ [DPE13, 09]

3.7.2 Erwartung der Patienten an den Therapieerfolg

3.7.2.1 Allgemeine Verbesserung und Verbesserung der Beschwerden

In Deutschland und Argentinien benannten die Patienten genau, was sie sich von der Therapie erwarteten. Zum einen wurden die Besserung der Beweglichkeit in der HWS und beim Gehen sowie zum anderen die Verbesserung der Schmerzen erwartet. Zudem sollte das allgemeine Wohlbefinden, eine bessere Schlafqualität, die Schwindelsymptomatik und eine Erleichterung beziehungsweise eine Lösung der muskulären Verspannung vor allem in Argentinien erreicht werden. In China sprachen die Patienten eher unspezifisch von einer allgemeinen Besserung der Beschwerden.

I: „Was soll besser sein?“

P: „Na, vor allem die Beweglichkeit und die Schmerzen auf der rechten Seite.“ [DPA21, 06]

I: „Soll der Arzt noch andere Dinge machen?“

P: „Ich schlaf schlecht, vielleicht kann er da noch was machen [...] Eine Nadel setzen [...].“ [DPA18, 50-51]

„Das Wohlbefinden steigern, dass die Schmerzen vergehen.“ [DPA21, 31]

„[...] Etwas lockern [...] diese Verkrampfung dort im Nackenbereich.“ [DPA13, 47]

„[...] Weiterhin Linderung des ganzen Bereichs wie des Schwindels, der Schmerzen im Nacken und im Rücken, nicht wahr.“ [APA15, 07]

„[...] Ich habe die Vorstellung, dass es mir nicht nur im Fokus auf den Schmerz, den ich habe, etwas bringt, wenn das durchbrochen wird von dieser Auffassung her, sondern auch hinsichtlich des Wohlbefindens und auch mehr ganzheitlich.“ [APA10, 25]

„[Er soll] versuchen das zu beseitigen, oder, diese Steifheit, diese Verspannung, denn da steht ein Zustand der Entspannung hinter der Akupunktur.“ [APA02, 23]

„Ich wollte einfach, dass es schnell wieder besser wird! Das war alles! (lacht)“ [CPA05, 69]

3.7.2.2 Sofortige Wirkung und Linderung sowie Heilung

Besonders in China erwarteten die Patienten einen schnellen Wirkungseintritt durch die Akupunktur. In Deutschland sowie in Argentinien äußerten sich die Patienten dahingehend nur selten.

„Der Therapieeffekt tritt hier einfach sehr schnell ein! Warum sollte ich denn nicht hierher! Was meinen Sie denn! Hab ich nicht Recht?“ [CPA06, 16]

„Na zum einen, dass akut die Schmerzen dann weggehen so.“ [DPA15, 50]

„[Ich erwarte], dass sich der Schmerz verringert. Dass [sich] der Schmerz in Kürze verringert.“ [APA10, 16]

Während in China die Hälfte der befragten Patienten von einer gänzlichen Heilung sprach, fanden sich derartige Erwartungen nur selten in den deutschen und argentinischen Interviews.

„Meine Erwartungen? Dass man mich hier wieder heilt! Das ist doch wohl die Erwartung!“ [CPA06, 26]

„Die [Meridiane] heilen das dann. [...] ich verspreche mir doch eine ganze Menge davon [...].“ [DPA13, 65-109]

„Ai, Ich erwarte Heilung! Ich hoffe, gesund zu werden.“ [APA12, 17]

3.7.2.3 Keine Erwartung oder Zweifel

In China fanden sich nur vereinzelt Aussagen, dass wenig bis keine Erwartungen an die Therapie bestünden. Nur ein Patient äußerte eine Ungewissheit bezüglich der Wirksamkeit der Akupunktur. Erwähnenswert ist hier, dass der Patient nicht wollte, dass sein Therapeut von seiner Ungewissheit erfährt. In Argentinien fanden sich vereinzelt Aussagen, dass nicht das ganze Vertrauen auf die Akupunktur gestützt wurde. Insgesamt war der Zweifel jedoch geringer als bei den deutschen Patienten. Hier fanden sich nicht nur Aussagen von Patienten, dass ihre Erwartung an die Akupunktur niedrig sei, sondern auch Zitate, die einen Zweifel an der Akupunktur deutlich machten.

„Also, einfach mal gucken, dachte ich!“ [CPA12, 59]

„Also wie ich jetzt vorgehen möchte, das ist so, ich möchte es hier mal ausprobieren (...) wenn es nicht hilft, dann mache ich auch nicht weiter! Also wenn es nicht so wirklich eine Wirkung zeigt, dann will ich es in einer anderen Fachdisziplin probieren! Das sage ich Ihnen ganz offen, aber sag das nicht zum Doktor!!“ [CPA13, 14]

„[...] Ich habe nicht mein ganzes Vertrauen hierhinein gesetzt. Nein, ich suche Optionen um, also, um das Problem mit dem Schmerz zu lösen.“ [APA14, 15]

„Ich erwarte mir gar nichts. Wenn es besser wird, ist schön. So, an sich bin ich ein Ungläubiger [...].“ [DPA19, 43]

„Ja, weil ich nicht so hundertprozentig überzeugt bin [von der Akupunktur] [...] weil ich so Zweifel hab an dem Ganzen.“ [DPA18, 64-70]

3.7.3 Erwartung der Therapeuten an den Therapieerfolg

Es fanden sich in allen Ländern nur vereinzelt Äußerungen von den Therapeuten zu ihren Erwartungen an den Therapieerfolg. In China waren die von uns befragten Therapeuten bezüglich der Akupunktur zuversichtlicher als in Deutschland und Argentinien. In China fanden sich Aussagen bezüglich der Erwartung, dass die Akupunktur eine schnelle und heilende Wirkung haben würde. Therapeuten aus Deutschland und Argentinien äußerten vereinzelt, dass die Therapiewirkung normalerweise etwas auf sich warten lassen würde. In Deutschland fanden sich zudem Aussagen, dass die Akupunkturwirkung in verschiedenen Fällen abhängig vom „Patienten Typ“ variieren könne.

„Wenn ich die akupunktiere, dann kann es sein, dass manche einfach sofort schon eine Wirkung merken. Also in einer Woche sollte man auf jeden Fall eine Wirkung sehen.“ [CTA04, 14]

„In den meisten Fällen kann ich den Patienten helfen, also ich meine bei den meisten Schmerzen können mit Akupunktur eine gewisse Besserung erzielen. Manche kann man ganz heilen, oder man kann sagen, dass man helfen kann, die Schmerzen zu erleichtern.“ [CTA05, 04]

„[...] ich sage immer, man sollte das Ergebnis nicht nach kurzem Abstand beurteilen, sondern ich erwarte zwar, dass ein positiver Effekt da ist, aber dieser positive Effekt kommt oftmals nach einer gewissen Latenzzeit.“ [DP13DT02, 13]

„[...] Manchmal bei der Akupunktur summieren sich die Sitzungen auf und nach einiger Zeit können wir erkennen, dass sich etwas verbessert hat.“ [AT01AP04, 15]

„Da habe ich keine bestimmte Erwartung. Ich war eher etwas skeptisch, dass ich sage, na gut, sie ist nicht der Typ der Patientin, die die auf Anhieb ne Verbesserung erfährt und eher auf und ab.“ [DP10DT02, 17]

„Die eine profitiert mehr von der anderen. Manchmal gibt es Situationen man macht genau dasselbe, man macht es auch wirklich, und es gibt eine bestimmte Portion, das spricht eben nicht an. Wie ein Non-Responder.“ [DP08DT02, 09]

3.8 Die Praxis der Akupunktur (Feldnotizen und Interviews)

3.8.1 Beschreibung der Therapie

3.8.1.1 Therapiesetting (Feldnotizen)

China

Die ambulanten Patienten des First Teaching Hospitals der University of TCM in Tianjin wurden zunächst an die Kasse im Erdgeschoss der Akupunkturambulanz gebeten. Die Therapeuten, die am aktuellen Tag Sprechstunde hatten, waren mit Foto, Rangordnung und Fachrichtungen auf einer Tafel neben der Kasse abgebildet. Hier zogen die Patienten die Nummer des gewünschten Therapeuten und bezahlten die Sprechstundengebühr je nach Rangordnung des Therapeuten im Voraus. Mit dieser Nummer trafen die Patienten im ersten Stock ein, in dem sich die Behandlungsräume für die Akupunktur befanden. Auf diesem Stockwerk gab es insgesamt zehn Behandlungsräume, in denen jeweils ein bis zwei Therapeuten praktizierten. Der Flur des ersten Obergeschosses wurde gleichzeitig als Wartebereich für die Patienten genutzt. Hier ging es meistens sehr hektisch zu, da stets sehr viele Patienten teilweise mit Angehörigen warteten und sich unterhielten. Es gab nur wenige Sitzmöglichkeiten, sodass viele Patienten stehen mussten. Es wurde geraucht, es war laut, unruhig und besonders im Sommer sehr heiß. Neben den Toiletten befand sich ein Wasserspender, der stets gekochtes Teewasser zu Verfügung stellte, von dem sich sowohl Therapeuten als auch Patienten und Angehörige bedienten. Da es sich um eine Uniklinik handelt, waren stets viele Studenten zugegen, die in den Behandlungsräumen mitarbeiteten und die Therapeuten unterstützten. Sie nahmen die Quittung über die Zahlung sowie die gezogene Nummer für den entsprechenden Arzt von den Patienten entgegen und stellten die Behandlungsreihenfolge sicher. Es kam dennoch unter den Patienten und deren Angehörigen teilweise zu Streitereien oder sogar Handgreiflichkeiten bezüglich der Behandlungsreihenfolge. An den Wänden waren Portraits berühmter TCM-Ärzte angebracht. In den Behandlungsräumen fanden sich Widmungen und Lobessprüche von Patienten in Form von großen gestickten Bannern aus Leinen, auf denen ihre Verehrung des jeweiligen Arztes verewigt worden war.

Beim ersten Besuch des Patienten in der Sprechstunde wurde er zunächst vom Arzt anamnestiziert und untersucht. (Der Therapeut widmete sich stets den neuen Patienten während der Ruhephase von den Patienten, die zuvor reihum von ihm akupunktiert wurden.) Wenn es sich um eine Erkrankung handelte, bei der die Akupunktur indiziert war, stellte der Therapeut ein Rezept über eine Behandlungsserie mit Akupunktur aus. Der Patient ging mit diesem Rezept nochmals zur Kasse, bezahlte dort und erhielt dafür einen Laufzettel für einen Behandlungszyklus. Ein Behandlungszyklus umfasste jeweils zehn Therapieeinheiten. Handelte es sich um einen Patienten, der innerhalb eines Zyklus einer Akupunktur kam, traf er direkt ohne Anmeldung mit seinem Laufzettel in der Therapie ein. In diesem Fall machte er sich bei Ankunft kurz bemerkbar, gab den Laufzettel beim Studenten ab und wartete je nach Situation draußen vor der Tür. Die Begrüßung war stets kurz und freundlich, meistens mit einem einfachen: „Hallo, da sind Sie ja!“

Die Behandlungsräume waren mit mehreren Liegen (vier bis acht) ausgestattet, die mit einfachen Vorhängen voneinander getrennt waren. An der Tür der Behandlungsräume stand jeweils ein Schreibtisch teilweise mit Computer. Patientenakten lagen nur selten vor. Im Behandlungsraum war es auch laut. Patienten unterhielten sich untereinander oder mit den Angehörigen. Auch fanden hier Arzt-Patienten-Gespräche oder kleine Vorträge vom Therapeuten für die Studenten statt. Wenn Kinder akupunktiert wurden, war lautes Kindergeschrei zu hören. Die Temperatur war besonders im Sommer sehr warm. Es herrschte der Geruch vom Schröpfen beziehungsweise aus dem WC. Die Liegen waren aus Metall, schmal und hart und es lagen jeweils eine Wolldecke und ein Kissen vor. Die Betten wurden einmal in der Woche neu bezogen. Trotzdem brachten die Patienten aus hygienischen Gründen oft eigene Laken mit. Für die Behandlung entkleideten sich die Patienten direkt in der Kabine.

Deutschland

In Deutschland handelte es sich um sechs verschiedene Arztpraxen in Augsburg beziehungsweise in Berlin. Ein Wartebereich war immer vorhanden, in dem es sauber, ordentlich und ruhig war. Den wartenden Patienten wurden verschiedene Zeitschriften und Wasser angeboten. Auch fanden sich Informationsbroschüren zu verschiedenen medizinischen Themen und Krankheiten vor. In den meisten Praxen befanden sich Pflanzen, Gemälde oder digitale Bilder als Wanddekoration. Bei den Motiven der Bilder handelte es sich oft um asiatische Landschaften. Angestellte der Praxis, die hinter einem Tresen der Anmeldung saßen, begrüßten die Patienten. Der Patient wurde vom Personal einer Liege zugewiesen, auf der er auf den Therapeuten wartete. Dieser begrüßte den Patienten durch ein Händeschütteln. Auch die Akupunkturräume waren stets sauber und ruhig. Teilweise wurden die Räume auch für andere diagnostische Zwecke genutzt. Die Akupunkturliegen waren mit Papiertüchern ausgestattet, die nach jedem Patienten gewechselt wurden.

Argentinien

Das Instituto Médico Argentino de Acupuntura in Buenos Aires verfügte über Sicherheitspersonal am Eingang, der den Patienten freundlich die Tür öffnete. Die Patienten wurden von den Sekretärinnen und meist ein bis zwei Therapeuten mit Namen und Umarmung oder starkem Händedruck begrüßt. Im Institut herrschte der Geruch von Kaffee und Tee aus der Küche, außerdem waren Minze-Aroma-Lämpchen aufgestellt. Der Wartebereich war ordentlich, sauber und mit schlichter Dekoration bestehend aus Bildern und Lampen ausgestattet. Die Sitzmöglichkeiten bestanden aus weichen, tiefen Ledersesseln. Die Geräuschkulisse war ruhig, man hat Gespräche der Therapeuten, der Patienten und des Sekretariats vernommen. Es gab eine Klimaanlage, die die starke Hitze im Sommer von außen kompensierte. Der Behandlungsraum war schlicht, klein und teilweise ohne Fenster. Es gab noch einen zweiten großen Schulungsraum, der für die Akupunkturbehandlungen genutzt wurde. Hier war es leise und die Temperatur angenehm. Teilweise hat man in den Behandlungsräumen den Geruch von Moxa²³ und Minze vernommen. Die Akupunkturliegen waren schmal, kurz, mit Leder bezogen und von der Höhe her sehr tief. Es waren Kissen jeweils für Kopf und Beine vorhanden. Die Patienten haben sich direkt bei der Liege umgezogen, wo meistens auch ein Stuhl vorhanden war.

²³ Moxa: Beifuß, Arzneikraut aus der Chinesischen Arzneimitteltherapie. In Form einer Zigarre wird es für den therapeutischen Gebrauch angezündet und verursacht den typischen Geruch.

3.8.1.2 Anamnese und Diagnostik (Feldnotizen und Interviews)

In China erfolgte bei den befragten HWS-Patienten nur eine einfache kurze Anamnese bezüglich der Schmerzdauer und Schmerzausstrahlung. Danach wurde zunächst bei allen Patienten eine Puls- und Zungendiagnostik durchgeführt. Außerdem verlangte jeder Therapeut bei Verdacht auf HWS-Syndrom, dass eine Bildgebung erfolgte, sodass die HWS strukturell beurteilt werden konnte, um organische Schäden und schwerwiegende degenerative Veränderungen nicht zu übersehen.

„Nachdem ich die Nummer gezogen habe, da meinte Oberarzt X, da ich meine Bilder nicht mitgebracht habe und direkt hierhergekommen bin! Da hat mich Herr X nur kurz untersucht und hat mich dann gebeten, meine Bilder das nächste Mal mitzubringen, weil er die Bilder beurteilen muss.“ [CPA12, 04]

Die Diagnose wurde anhand der Symptomatik und der Bildgebung gestellt. Die Therapeuten teilten das HWS-Syndrom in unterschiedliche Arten ein: Unter anderem eine Nervenkomprimierung durch degenerative Veränderungen der HWS und eine Minderdurchblutung des HWS-Bereichs. Dies war eine Diagnosestellung, die der westlichen Medizin angeglichen war. Die Therapeutenaussagen waren hinsichtlich der Diagnostik des HWS-Syndroms teilweise widersprüchlich. Während einige Therapeuten im Allgemeinen Interview die Wichtigkeit der Syndrom-Diskussion anhand der Theorie der TCM herausstellten, verzichteten sie bei der Therapie der Patienten manchmal gänzlich darauf.

I: „Und aus all den HWS-Syndrom Patienten, die Sie behandelt haben, welche Form kommt am häufigsten vor?“

T: „Also, das sind die Nervenwurzelkompressionsform, die vegetative Form und die Karotiskompressionsform. Die kommen alle häufig vor.“

I: „Und außer diesen, gibt es auch andere Formen, die Sie durch die TCM Diagnostik in Kälte- oder Wärme-Syndrom einteilen können, also bezogen auf das HWS-Syndrom?“

T: „Ja, auf jeden Fall! Es gibt das Syndrom des ‚verdickten verstopfenden Schleims‘, das Syndrom der ‚Stagnation des Leber Qi’s‘, das Syndrom des ‚aufsteigenden Leber-Feuers‘, oder das Syndrom des ‚Mangel an Blut und Qi‘, all das gibt es.“

I: „Und würden Sie auch Änderungen an der Akupunkturpunktauswahl treffen, wenn Sie jeweils diese verschiedenen Syndrome behandeln?“

T: „Ja, natürlich, bei jedem einzelnen würde die Therapie anders aussehen! Da würde ich immer entsprechende Anpassungen vornehmen!“ [CTA03, 54-59]

„Nein, ich habe die Methode der Diskussion verschiedener Syndrome nicht gebraucht. Aber ich gehe eher nach den Typischen Merkmalen eines HWS-Syndroms. Danach richte ich meine Fragen. Zum Beispiel die einfachste Frage ist, ehm, ob sie Schwindel und Kribbeln in den Händen empfindet? Denn mit diesen Fragen lässt sich eruieren und herausstellen, ob bei der Patientin eine Verengung oder Einklemmung von Gefäßen oder Nerven vorliegt.“ [CPA03CT02, 14]

In Deutschland handelte es sich meistens um die eigenen Patienten, deren Komorbidität und Krankengeschichte bereits bei den Therapeuten bekannt waren. Die deutschen Therapeuten legten durch ihren konventionell-medizinischen Hintergrund oft Wert auf eine konventionell-medizinische Abklärung der Krankheitsursache bevor sie naturheilkundlich weiterverfuhren. Die Anamnese begrenzte sich auf eine kurze Schilderung der aktuellen Beschwerden und es folgte eine orientierende Untersuchung. Eine Puls- und Zungendiagnostik wurde vor jeder Akupunktur durchgeführt. Die Anamnese unterschied sich zur Herkömmlichen darin, dass sie mehr auf psychische und Umweltfaktoren einging, sowie das aktuelle Beschwerdebild im Verlauf der Erkrankung berücksichtigte.

„Na ja, erst mal ist eine entscheidende Diagnostik erforderlich. Also, ich bin ja in erster Linie natürlich Schulmediziner. Gehe dann schulmedizinisch vor, um organische Schäden auszuschließen. Dann gehe ich auch naturheilkundlich vor, dass ich andere Organe mit einbeziehe, Störfelder, die Psyche oder irgendwelche anderen Interaktionen, ne. [...] [Man] muss nach der chinesischen Anamnese vorgehen, muss gucken, ist es eine Leere, ist es eine Fülle Erkrankung. Ist es eine innere, ist es eine äußere Störung. Ist es eine Stagnation [...] [man] muss auch ausgeglichen sein, man kann nicht hektisch so mal nadeln nebenbei, so wie das in Praxen gemacht wird, wo zehnmal hintereinander genadelt. Man muss sich auf die Leute einstellen. Man muss auch fragen, wie geht es Ihnen heute, und dann sagen sie: ‚Ach, heute ist das ein bisschen‘, dann muss man ein bisschen umdenken, also die Zeit ist ganz wichtig, dass man auch auf den eingeht [...] und sich dann auf die gegenseitige Situation einstellen und dann auch das Nadelkonzept ein bisschen ändern.“ [DTA04, 11-22]

In Argentinien waren die meisten von uns eingeschlossenen Therapeuten Teilzeit im Akupunktur Institut eingestellt und waren gleichzeitig in einer anderen konventionell-medizinischen Klinik tätig. Sie wiesen auch auf die Wichtigkeit einer konventionell-medizinischen Diagnostik und Therapie hin, sofern diese notwendig wären. Die von uns eingeschlossenen Therapeuten in Argentinien nutzten ein Ryodoraku-Gerät und für die Ohrakupunktur ein Gerät zur Messung des Hautwiderstandes als Unterstützung der Diagnostik. Zudem wurden auch hier Puls- sowie Zungendiagnostik betrieben. Zu jeder Neuaufnahme gehörte ein ausführliches Erstgespräch, welches 30 Minuten bis zu eine Stunde in Anspruch nahm. Hier wurden psychosoziale Stressfaktoren, berufliche Situationen und das Schlafverhalten exploriert, die mit der Krankheitsursache in Verbindung gebracht wurden. Außerdem wurden individuelle Vorlieben bezüglich Farbe, Geschmack und Temperatur erfragt.

„Ich bin Chirurkin, und wenn ein Patient eine Operation braucht, empfehle ich die Operation, wenn ich das für richtig erachte, nicht wahr. Ich werde immer eine konservative Chirurkin bleiben.“ [ATA10, 39]

„Es aber, wie ich dir schon gesagt habe, so dass wir viel auf emotionaler Ebene gearbeitet haben [...] auch die Messungen des Ryodoraku schien zeigte genau da was an, genau der emotionale Teil zeigte bei ihm einen Anstieg!“ [AP04AT01, 07]

3.8.1.3 Aufklärung vor der Akupunktur (Interviews)

In China war den von uns befragten Therapeuten bei der Aufklärung der Patienten sehr wichtig, ihnen die Akupunktur als sinnvolle Maßnahme zur Behandlung der jeweiligen Beschwerden zu vermitteln. Sie wollten den Patienten die Sicherheit geben, dass die Akupunktur ihr Problem behandeln und eine Linderung hervorrufen kann. Im Anschluss wurde auf die möglichen UAWs eingegangen, und versichert, dass diese vermeidbar und kontrollierbar seien:

„[...] Ich [würde] als aller erstes einmal Stellung zu der Erkrankung nehmen, weshalb der Patient gekommen ist, und dass es sich um eine Erkrankung handelt, die mit der Akupunktur überhaupt einmal therapierbar ist, und was für Vorzüge die Akupunktur hat, genau, und dann würde ich natürlich auch auf die möglichen Gefahren und Nebenwirkungen kurz eingehen, aber gleichzeitig würde ich darauf hinweisen, dass all diese Gefahren durch korrekte Maßnahmen alle zu vermeiden sind, dass diese alle zu vermeiden sind.“ [CTA01, 24]

Deutsche Therapeuten gingen bei der Aufklärung auf die klassischen Risiken der konventionellen Medizin wie Blutung, Infektion und Nervenschädigung ein. Je nach Fall wurde den Patienten ein grundlegendes Verständnis der Theorie der TCM vermittelt. Die meisten Patienten hätten sich jedoch schon mit der Akupunktur auseinandergesetzt, da sie aktiv zur Akupunktur kommen würden. Auch wurde auf das Gesundheitssystem in Deutschland angespielt, in dem wenig Zeit für gewisse Dinge bleiben würde, so dass auch mal gänzlich auf die Aufklärung verzichtet werden würde.

„Ich sage über diese alte Methode, über diese Reflexmechanismen, über äh Wiederherstellung des Gleichgewichts und äh auch über die Komplikationen, die passieren kann, die ganz selten passieren. Gut, Hämatome, selten Nervenschädigung, äh Entzündung auch extrem selten. Und äh ich hab da glaub ich auch ein Merkblatt dafür. Und äh das ist es eigentlich hauptsächlich schon die Aufklärung.“ [DTA02, 22]

„Ich kläre die Patienten über irgendwelche Risiken und Nebenwirkungen ehrlich gestanden beiläufig auf.[...] sie müssen bei mir nichts unterschreiben, was sicherlich nicht schlau ist, aber es hatte noch nie irgendein Problem damit. Die Patienten müssen sich bei mir alle so ein bisschen informieren schon vorab, was Akupunktur ist. Die Patienten werden angeregt, sich irgendwie mit Yin und Yang zu beschäftigen, mit Leere und Fülle zu beschäftigen, was sie auch alle tun [...] Die Leute sollen sich schon damit auseinandersetzen, was ich da tu. Das tun die auch. Aber das tun sie auch meistens, bevor ich sie auffordere, weil sie zu mir kommen wegen der Akupunktur.“ [DTA01, 23]

„Manchmal klär ich sie auch gar nicht auf, weil die Zeit in der Kassenarztpraxis nicht das ermöglicht.“ [DTA06, 17]

In Argentinien gaben die Therapeuten an, ihre Aufklärung an den jeweiligen Patienten anzupassen, da sich die Patienten in ihrem Vorwissen zur Akupunktur unterscheiden würden.

„Das kommt auf den Patienten an, die Ausbildung, die er hat und [...] von dem Wissen, das er hat. Es gibt Leute, die wissen einige Dinge oder die gelesen haben oder die offener sind und somit verstehen können [...] Nein, es gibt andere Leute, die verlangen, dass man ihnen was erklärt [...] und vor allem von der konventionellen Sichtweise her [...] und es gibt Leute, die verlangen keinerlei Erklärung, und bei diesen Menschen versucht man zu erklären, dass etwas passiert, mmm (...) dass das, was wir versuchen werden, ist einige Dinge zu modifizieren, die ihnen vom Energetischen her passiert, [...] man passt seine Erklärung immer der Person an [...].“ [ATA03, 14]

„Ich fange alle meine Termine, sei es der Homöopathie oder der Akupunktur, als erstes damit an zu fragen, ob er weiß, wo er gelandet ist und mit was das zu tun hat, was ich mache. Und je nachdem, was er mir sagt, erkläre ich ihm danach was ich mache und was ich versuche (...) wie ich versuche ihm zu helfen und von wo her ich ihm versuche zu helfen.“ [ATA06, 17]

„Das hängt davon ab, [...] was der Patient möchte. Es gibt Patienten, die nicht zuhören wollen, denen kannst du nichts erklären. Es gibt andere, die mich fragen, und ich erkläre ihnen was.“ [ATA09, 15]

3.8.1.4 Therapieablauf (Feldnotizen, Therapeutenfragebögen und Interviews)

In China wurden die Patienten von den Studenten gruppenweise (ca. zehn Patienten) aufgerufen und jeweils einer Liege zugeteilt. Auf Wunsch des Patienten war es möglich, im Sitzen akupunktiert zu werden, um lange Wartezeiten zu umgehen, die bis zu eine Stunde betragen können. Die zu akupunktierenden Stellen wurden freigemacht und es wurde auf den Arzt gewartet, der reihum einen nach dem anderen akupunktierte. Die Punkte wurden nur manchmal zuvor ertastet, ansonsten direkt nach Intuition und Körperproportionen mit der Maßeinheit Cun²⁴ gestochen. Die Punktauswahl der chinesischen Therapeuten schien sich nach einem Schema zu orientieren. Bei den untersuchten HWS-Patienten waren es vor allem lokale Punkte am Nacken, Punkte auf dem Kopf und an der oberen Extremität, die akupunktiert wurden. Wie bereits beschrieben, war die Diagnostik des HWS-Syndroms sehr westlich anatomisch orientiert. Die Therapie richtete sich dementsprechend nach der organischen Ursache, wobei vor allem die Förderung der Durchblutung angestrebt wurde. Für die am häufigsten akupunktierten Punkte siehe Tabelle 16. Bei verhältnismäßig vielen Nadeln, die verwendet wurden (bis zu 56 Nadeln), dauerte das Setzen der Nadeln nur wenige Minuten. Die verwendeten Nadeln hatten eine Stärke von 0,2 bis 0,25 mm, die Einstichtiefe betrug meistens 0,6 bis 1,5 Cun und bei langen Nadeln bis zu 3 Cun. Es wurden unterschiedliche Manipulationen („Zwirbeln“, „Auf- und Abstecken“, sowie „Fliegen“) vorgenommen, mit denen bei allen Patienten das De Qi ausgelöst wurde. Die Ruhezeit betrug immer 30 Minuten. Die Behandlungsfrequenz für die Patienten mit HWS-Syndrom war etwa zwei bis drei Mal pro Woche, wobei die

²⁴ Körperproportionen mit der Maßeinheit Cun: Standardverfahren zur Punktlokalisierung anhand von Körperproportionen gemessen in Cun.

Gesamtanzahl der Behandlungen einer Therapiereihe bis zu 30 Mal betrug. Am Ende einer Behandlung waren meistens die Studenten für das Ziehen der Nadeln verantwortlich.

T: „Normalerweise, zum Beispiel bei Schwindel, nicht wahr, da würde man auf jeden Fall Punkte auf dem Kopf wählen. Wenn der Patient keinen Schwindel angibt, sondern nur Kribbeln in den Händen, dann würde man keine Punkte auf dem Kopf wählen. Und dann natürlich Punkte lokal am Nacken, und bei Schwindel, dann nach oben, da akupunktieren wir nach oben! [...]“

I: „Gut, und die Punkte am Kopf, ich sehe immer, dass sie sehr sehr viele Nadeln setzen! Ehm, nach was für einer Methode oder Theorie wählen Sie die Punkte aus? Das sind nämlich nicht immer Punkte auf den Meridianen, oder? Also Hauptsache sie sind (...)“

T: „Ja, das ist die lokale Punkte Auswahl (...) um die Durchblutung im Kopf zu steigern.“ [CPA03CT02, 16-22]

I: „Und beim HWS-Syndrom, würden Sie da abhängig von den unterschiedlichen Patienten und abhängig von der Art der Erkrankung auch unterschiedliche Punkte auswählen? Also ich meine nur beim HWS-Syndrom.“

T: „Naja, wenn sich die Erkrankung nicht sonderlich von diesen Formen unterscheidet, dann gibt es da nicht so viele Änderungen in der Therapie. Weil bei der Halswirbelsäule, da muss man einfach an diesen Punkten akupunktieren, direkt auf die Nervenwurzeln drauf. Also hier unterscheidet sich die Therapie nicht so sehr wie bei anderen Erkrankungen zum Beispiel. Und bezüglich des HWS-Syndroms, da gibt es nur diese Paar Formen. Und so sieht es die konventionelle Medizin genauso wie die TCM, dass es an Qi und Blut fehlt zum Beispiel, oder so etwas, diese verschiedenen Formen gibt es natürlich in unterschiedlicher Ausprägung. Und dann akupunktiert man gezielt, also lokal, dann sollte es immer eine Wirkung zeigen.“ [CTA04, 20-22]

In Deutschland mussten sich die befragten Patienten nie länger als 15 Minute gedulden, bis sie einzeln in den Behandlungsraum aufgerufen und je nach Empfehlung des Therapeuten entweder im Liegen oder im Sitzen akupunktiert wurden. Alle deutschen Therapeuten haben den traditionellen chinesischen Akupunkturstil angewendet, nur ein Therapeut (**DT06**) führte die Akupunktur zusätzlich nach japanischem und westlichem Stil durch. Die Punktlokalisation richtete sich nach Palpation, Intuition und Körperproportionen mit der Maßeinheit Cun sowie nach der „Very Point“ Technik²⁵. Die Akupunkturpunkte wurden anhand der lokalen HWS-Symptomatik und anderen gleichzeitig bestehenden Beschwerden individuell ausgewählt. Für die häufigsten Punkte, die in den untersuchten Fällen in Deutschland verwendet wurden, siehe Tabelle 16. Im Vergleich zur Akupunktur in China war die Anzahl der verwendeten Nadeln mit bis zu 25 kleiner und die Einstichtiefe mit bis zu 1 Cun geringer. Die verwendeten Akupunkturnadeln hatten eine Stärke zwischen 0,2 und 0,3 mm. Das Einsetzen der Nadeln dauerte in allen Fällen etwa fünf Minuten. In Deutschland nahm nur ein Therapeut (**DT01**) Manipulationen in Form von leichten Rotationsbewegungen beim Einstechen der Na-

²⁵ „Very-Point“ Technik: Lokalisationstechnik für Akupunkturpunkte. Durch tangential Betupfen des Körperareals, in dem der Akupunkturpunkt vermutet wird, kommt es an einem Punkt zu einer sensitiven Reaktion [10].

deln vor. Das Erzeugen von De Qi, dem Nadelgefühl wurde in keinem der in dieser Studie untersuchten Fälle angestrebt. Nach einer Ruhezeit von etwa 30 Minuten wurden am Ende der Therapie die Nadeln in den meisten Fällen vom Therapeuten selber oder von einer Praxishelferin gezogen. Sowohl die Therapiefrequenz von ein bis zwei Malen pro Woche als auch die Anzahl der Gesamtbehandlungen bei HWS-Syndrom von vier bis elf Stück waren niedriger als die in China. Ein deutscher Therapeut wies darauf hin, dass nur durch die Rahmenbedingungen in seiner Praxis eine individuelle zeitintensive Betreuung der Patienten möglich gewesen wäre, was im deutschen Gesundheitssystem nicht selbstverständlich sei.

„Gut, manchmal hat sie noch zusätzlich mal irgendwelche Symptome wie Übelkeit, oder, was sich dann auch immer verbessert unter der Akupunktur. Manchmal Kopfschmerzen, manchmal Übelkeit, manchmal auch ein Rückenschmerz, dann nadle ich den Rücken auch mit, und, die sind dann schnell wieder weg. Also ich stell mich jedes Mal auf die Situation wieder neu ein, was grad noch dazu kommt.“ [DP05DT04, 13]

„Sie hat jetzt kaum mehr HWS-Beschwerden [...] Sie hat angegeben, dass sie Hörprobleme hat [...] Ich hab ihr zunächst erstmal empfohlen, Nasentropfen zu nehmen, und habe auch einige Punkte genommen [...] von der Shao-Yang-Achse und Ohr-Punkt [...].“ [DP08DT02, 11]

„Ich frage nach jeder Behandlung oder vor jeder Behandlung. Und gucke auch nach jeder Behandlung. Ich geh immer rein und gucke, wie er es verkraftet. Und das ist ja auch in den Massenpraxen nicht zu sehen [...].“ [DTA04, 42]

In Argentinien betrug die Wartezeit in den meisten Fällen nicht länger als zehn Minuten. Die Patienten wurden einzeln in die Behandlungsräume aufgerufen und stets im Liegen akupunktiert. Die Therapeuten haben in allen Fällen den chinesischen Akupunkturstil angewendet, nur zwei Therapeuten (**AT03** und **AT09**) praktizierten zusätzlich nach westlichem Akupunkturstil und eine Therapeutin (**AT09**) verfuhr gleichzeitig nach der Muñeca²⁶ Technik. Die Punktlokalisierung richtete sich nach den Körperproportionen mit der Maßeinheit Cun, Intuition, Palpation und vor allem nach der Lokalisation unter Zuhilfenahme der Messung des Hautwiderstandes. Die Auswahl der Punkte richtete sich in Argentinien vor allem nach den psychischen Aspekten der Erkrankung und nach den Ergebnissen des Ryodoraku-Gerätes. Bei den untersuchten Patienten in Argentinien fanden sich die größten interindividuellen Unterschiede in der Punktauswahl. Für die Punkte, die in Argentinien am häufigsten gestochen wurden siehe Tabelle 16. In Argentinien wurden Nadeln der Stärke 0,3 mm verwendet, die höchstens 1 Cun tief gestochen wurden. Die Therapeuten in Argentinien ließen sich für das Setzen der Nadeln am längsten Zeit. Bei einer Höchstanzahl an Nadeln von 14 benötigten sie bis zu 15 Minuten. In dieser Zeit wurden teilweise Manipulationen wie „Rotation“, „Auf- und Abstecken“, „An-

²⁶ Muñeca: Akupunktur am Handgelenk.

schnipsen“ sowie Techniken nach Muñeca angewendet, um das Nadelgefühl hervorzurufen, was aber nur bei der Hälfte der Patienten gelang. Auch in Argentinien betrug die Ruhezeit etwa 30 Minuten. In den meisten Fällen erhielten die Patienten insgesamt fünf Behandlungen für ihre HWS-Beschwerden bei einer Therapiefrequenz von ein bis zwei Malen in der Woche. Für das Ziehen der Nadeln am Ende der Therapie war in Argentinien immer der behandelnde Therapeut zuständig.

„Somit gut, es wurden auch Punkte verwendet, die im emotionalen Teil arbeiten und ich glaube, dass die sehr bei der Verbesserung ihrer Nackenbeschwerden geholfen haben.“ [AP13AT05, 03]

3.8.1.5 Symptomatische versus konstitutionelle Behandlung (Interviews)

Hinsichtlich der Differenzierung zwischen symptomorientierter, beschwerdespezifischer Behandlung und einer generellen Stärkung der Konstitution der Patienten durch die Akupunkturbehandlung bestanden entscheidende Unterschiede zwischen den Ländern. Die befragten argentinischen Therapeuten unterschieden deutlich zwischen beschwerdespezifischen und allgemeinen Gesundheitsaspekten, wiesen aber darauf hin, beides zu berücksichtigen. Sie legten dabei Wert auf eine ganzheitliche Sichtweise, in der biologische, psychologische und soziale Komponenten des Schmerzgeschehens Berücksichtigung finden sollten.

„Du weißt ja, dass wir immer auf das Lokale und das Allgemeine achten, nicht wahr. Also haben wir auch darauf geachtet, wie bei den anderen Patienten auch. Und wir haben über Punkte gearbeitet, die speziell mit der Region von, von dem Schmerz zu tun haben und über analgetische Punkte, generelle antientzündliche Punkte, aber auch über Punkte, die mit ihrer Geschichte zu tun haben, nicht wahr.“ [AP14AT03, 13]

Die von uns befragten chinesischen Therapeuten trennten weniger klar zwischen beschwerdespezifischem und den allgemeinen Gesundheitszustand betreffendem Vorgehen bei der Akupunktur. Lokale und konstitutionelle Beschwerden wurden bereits während der Diagnosestellung anhand der Diskussion der Syndrome gemäß der Theorie der TCM parallel berücksichtigt.

„Diese Patientin hat ihr Problem hauptsächlich in der Halswirbelsäule, deswegen wähle ich die EX-B2 Jia Ji Punkte im Halsbereich. Ja. Und wir akupunktieren nicht nur den Halsbereich. Ja, sondern außerdem noch den Schulterbereich. [...] Außerdem, weil wir nach der Diskussion der verschiedenen Syndrome bei ihr das die Leber befreien und die Stase auflösen wollen, akupunktieren wir auch noch Punkte an den Extremitäten, genau, diese speziellen Punkte, die benutze ich relativ oft, so was wie Tai Chong²⁷, ehm, Zu San Li²⁸ usw.“ [CP09CT05, 40]

²⁷ Tai Chong: Akupunkturpunkt Leber 3.

²⁸ Zu San Li: Akupunkturpunkt Magen 36.

Deutsche Therapeuten betonten auch, dass ein individuelles Vorgehen bei der Akupunktur wichtig sei. Allerdings waren Äußerungen über die Wahl des Nadelkonzeptes oder auch hinsichtlich weiterer Empfehlungen eher unspezifisch. Betont wurde dabei die Bedeutung der Erstanamnese und der Interaktion mit dem Patienten nach den einzelnen Behandlungen.

„Es ist bei der Erstanamnese für mich schon ziemlich wichtig, finde ich schon für jeden wichtig zu gucken, was kann ich hier anstellen. Und äh ich berücksichtige es bei der Erstanamnese und bei dem Einfangen und Erfinden der Punkte.“ [DTA01, 21]

„[...] Rückkopplung (...) das ist wichtig [...] Ich frage nach jeder Behandlung oder vor jeder Behandlung. Und gucke auch nach jeder Behandlung. Ich geh immer rein und gucke, wie er es verkraftet.“ [DTA04, 42]

3.8.1.6 Zusammenarbeit der Therapeuten (Feldnotizen und Interviews)

In Argentinien fand ein reger Austausch zwischen den Therapeuten statt. Zwar wurde jeder Patient hauptverantwortlich von einem Therapeuten betreut, doch sowohl das Erstgespräch als auch die Behandlungen wurden teilweise von mehreren Therapeuten gemeinsam durchgeführt. Einmal die Woche fanden im Sinne eines interdisziplinären Assessments Teamsitzungen statt, an denen die Problematik eines jeden Patienten besprochen und ein Therapiekonzept festgelegt wurde. Dies erfolgte an dem dort besuchten Institut sowohl gemäß konventionell-medizinischer als auch traditionell chinesisch medizinischer Gesichtspunkte. Somit wurde nicht nur die Auswahl der zu nadelnden Punkte sondern auch begleitende Medikation sowie Empfehlungen bezüglich Bewegung, Ernährung und Entspannung diskutiert. Die Therapeuten empfanden diese Arbeit im Team als große Bereicherung. Das gegenseitige Lernen würde sich auch positiv auf die Patienten auswirken. Tatsächlich lobten einige Patienten, dass ein enger Austausch und gute, freundliche Zusammenarbeit unter den Therapeuten bestünde, was sich positiv in der Atmosphäre des Instituts und im Arzt-Patientenkontakt widerspiegeln würde.

„Wir lernen. Wir lernen alle, und das bereichert die Behandlung und wir bereichern uns untereinander auch, nicht wahr. Eh, es ist gut, die verschiedenen Denkweisen sind gut, um sich an Dinge zu erinnern, um Dinge zu lernen.“ [AP02AT06, 15]

In der von uns untersuchten Akupunkturambulanz in Tianjin hatte jeder Therapeut bei der Behandlung von HWS-Syndrom seine eigenen Patienten, für die er die alleinige Verantwortung trug. Es bestand bei den Therapeuten untereinander aus zeitlichen sowie Diagnosebedingten Gründen kein Austausch bezüglich ihrer Patienten. Es käme lediglich bei schwierigen Fällen zu einer gemeinsamen Diskussion von Patienten.

„Wir haben die Möglichkeit gar nicht!!! Ich habe noch nicht einmal Zeit, um ein Schluck Wasser zu trinken! Wie kann ich mich da noch mit anderen über die Patienten austauschen?! Ich habe nicht mal Zeit, um zur Toilette zu gehen! An diesem Vormittag war ich gerade mal einmal auf der Toilette.“ [CP13CT04, 38]

„Nein [...] hier hat eigentlich jeder seine eigenen Patienten, es ist auch nicht so viel Zeit da, um sich untereinander noch über jeden Patienten auszutauschen [...] nur bei sehr komplizierten Sachen vielleicht, kann man mal einen Kollegen hinzuziehen, aber normalerweise diskutieren wir nicht [...].“ [CP10CT05, 13]

Allerdings zeigten die meisten Therapeuten großes Vertrauen in ihre eigenen therapeutischen Fähigkeiten, weshalb ein enger Austausch mit Kollegen nicht häufig von Nöten sei.

„Nein, das ist hier gar nicht der Fall, jeder Arzt hat hier eigene Patienten, und wo sollte ich noch zusätzlich die Zeit dazu finden, mit anderen noch über meine Patienten zu sprechen?! Meine ganzen Patienten, also wenn ich jemanden behandle, dann zeigt es in der Regel immer ihre Wirkung.“ [CP01CT04, 27]

Unter deutschen Ärzten stieß die Frage nach einem Austausch unter Kollegen teilweise auf Verwunderung. Da die von uns befragten Therapeuten meist in Einzelpraxen tätig waren, kam es maximal zu einem Austausch mit Kollegen aus anderen Fachgebieten, bei denen die entsprechenden Patienten ebenfalls in Behandlung waren.

„Ich hab die Frage nicht ganz verstanden. Ich hab keinen Kontakt zu anderen Kollegen bezüglich der Patientin.“ [DP08DT02, 19]

„Es gab ein bisschen Kommunikation. Sie war ja auch beim Orthopäden. Der ein bisschen ähnliche Meinung hatte wie ich dahingehend [...].“ [DP14DT06, 13]

Tabelle 16. Eckdaten der Akupunkturtechnik und Punktauswahl bei der Behandlung von HWS-Syndrom

	China	Deutschland	Argentinien
Wartezeit in Minuten	30 (5 - 60)	5 (5 - 15)	10 (5 - 30)
Patienten Position während der Akupunktur	Liegend 8/14 Sitzend 6/14	Liegend 8/14 Sitzend 6/14	Liegend 14/14
Akupunkturstil	TCM (6/6)	TCM (6/6) Japanische und westliche Akupunktur (1/6)	TCM (6/6) Westliche Akupunktur (1/9) Master Tong „Muñeca“ (1/9)
Technik zur Punkt-lokalisierung	Proportionen [Cun] ¹ Intuition Palpation	Intuition Proportionen [Cun] Palpation “Very-point” Technik	Hautwiderstandsmessung Proportionen [Cun] Intuition Palpation
Die 5 häufigsten Punkte (Häufigkeit pro 14 Patienten)	EX-B2 (13) DU20 (12) LI11 (11) LI4 (10) SJ5 (10)	SI3 (9) LR3 (7) GB20 (6) Zone A (6) Auric. HWS (6)	Muñeca 5 (8) Auric. Preg. (6) LR3 (5) LR2 (4) DU20 (4)
Anzahl der Nadeln pro Behandlung	38 (10 - 56)	14 (3 - 25)	8 (6 - 14)
Zeit für das Setzen der Nadeln (Minuten)	2	5	10 (5 - 15)
Stärke der Nadeln (mm)	0,2 - 0,25	0,2 - 0,3	0,3
Einstich Tiefe (Cun)	0,6 bis 1,5 Lange Nadeln bis 3	1 oder weniger	1 oder weniger
Manipulationstechniken bei der Akupunktur	„Zwirbeln“, „Auf- und Abstecken“, sowie „Fliegen“	„Rotation“ beim Einstechen nur ein Therapeut, ansonsten nicht	„Rotation“, „Auf- und Abstecken“, „Anschnipsen“ sowie Techniken nach Muñeca
Auslösen von De Qi	14/14	0/14	7/14
Ruhezeit (Minuten)	30	30	30
Frequenz der Therapien (pro Woche)	3 - 5	1 - 2	1 - 2
Anzahl der Behandlungen bei HWS-Syndrom	9 (4 - 30)	6 (4 - 11)	5 (4 - 6)

Die Daten basieren auf n=14 Patienten für jedes Land und n=6 Therapeuten in China, n=6 Therapeuten in Deutschland und n=9 Therapeuten in Argentinien. Zahlenangaben sind als Meridian (Min - Max) angegeben. ¹ Cun: chinesische Maßeinheit 1Cun entspricht 3 cm.

3.8.2 Theorie- und Glaubensmodell (Interviews)

3.8.2.1 Theoriemodell

In allen drei Ländern galt sowohl für Therapeuten als auch für Patienten, dass etwas, was als essentielle Lebensenergie aufgefasst wurde, in Leitungsbahnen des menschlichen Organismus fließen würde. Dieses Etwas wurde in China als „Qi und Blut“ bezeichnet. In Deutschland und Argentinien nannte man es „Energie“. Dieses Qi beziehungsweise die Energie könne stagnieren und blockiert sein. Das sei die Grundlage der Pathologie von Krankheit und insbesondere von Schmerzen. Diese Blockaden beziehungsweise Stagnationen könnten durch das Nadeln an Akupunkturpunkten von außen beeinflusst werden. Grundlegend für die Akupunktur gelte es, den Fluss des Qi beziehungsweise der Energie aufrecht zu halten und die Balance beziehungsweise die Harmonie herzustellen. Von den befragten Patienten war das Grundverständnis von den Zusammenhängen zwischen Qi, Blut und den Meridianen, die sich auf die Theorie der TCM stützte, vor allem in China sehr ausgeprägt.

„Dort wo es Schmerzen gibt, da ist es blockiert.“ [CPA08, 51]

„Ich denke, dass [...] dass man in der TCM doch immer über das Qi und das Blut spricht! Egal, ob es Massage, Tuina, Akupunktur, diese Sachen sind alle dazu da, dass sich dein Qi und dein Blut in einem Kreislauf befinden, dass dadurch ein positiver Kreislauf entsteht! Wenn es sich irgendwo staut, dann entstehen Schmerzen!“ [CPA07, 40]

„[...] Es hängt mit den Meridianen zusammen. Das ist das Ganzheitliche, aber wie das genau funktioniert, dass das halt irgendwie, dass dieses, äh dass das fließt, dieses Qi glaube ich, das etwas fehlt. Also einfach wieder alles im Einklang ist.“ [DPA21, 33]

„Qi, denke ich, hat etwas mit der Energie zu tun, und die Meridiane sind wie die Kanäle, durch die diese Energie durch den Körper zirkuliert [...] dass ja, Blockaden bestimmter, also, Zonen lösen [...].“ [APA09, 21]

Bei den von uns befragten Therapeuten herrschte in allen Ländern ein fundiertes Grundverständnis der Theorie der TCM. In allen drei Kulturen würden die Organlehre, die Yin-Yang Lehre und die Lehre der fünf Elemente die Diagnostik und Therapie der Akupunktur bestimmen.

„Genau, also die Akupunktur hier im Haus heutzutage, auch bei der Diagnostik, [...] und auch für die Therapie, die Akupunktur, die Leitlinien und die Grundzüge in der Therapie, das alles richtet sich immer noch stark nach der traditionellen Theorie der TCM.“ [CTA01, 18]

„Wenn ich erklären müsste, warum die Akupunktur eine Wirkung hat, dann betonen wir jetzt ihre Fähigkeit, das Qi regulieren zu können, das Qi zu ordnen. Also wenn das Qi im Körper aus dem Gleichgewicht kommt, oder gestört wird, wenn zu wenig da ist, oder wenn sozusagen, wenn sich das Qi falsch bewegt, nicht wahr, dann würden wir sagen, dass die Akupunktur das Qi ordnen und regulieren kann [...] und warum hat die TCM die fünf Elementen Lehre und das Yin und Yang mit einfließen lassen [...] wir sagen heutzutage normalerweise, dass es zwar ein philosophisches Konstrukt ist, aber eben in der traditionellen chinesischen Medizin Anwendung findet. Aber (...) wie ich das sehe, ist, dass diese Yin und Yang Theorie und die fünf Elemente gewisse typische physiologische Bewegungen repräsentieren [...] Und die Art und Weise, wie sie (die Akupunktur) den Menschen beeinflussen kann, ist eben durch die Meridiane [...] Ich denke, dass man erst durch das stetige Erlernen und Studieren der TCM, wenn man immer mehr Wissen erwirbt [...] erst dann kann man wirklich solch eine Beziehung zwischen Himmel und Mensch erfahren und verstehen [...] wenn der Arzt aber ein etwas besseres Niveau hat, dann würde er den Patienten besser beobachten, und anhand der Entwicklung und Veränderung auch zusätzlich die Seele (Psyche) des Patienten behandeln. Sozusagen, das Qi der Natur in ihm regulieren, also schauen, wie man es wieder in Einklang mit allem bringen kann.“ [CTA05, 22-24]

„Da ist es also so, dass die Energie harmonisiert wird, dass es Stagnationen gibt von Qi, dass es eine Leere gibt, eine Fülle, dass man die Energie im Körper wieder harmonisiert, dass die kreist, jedes Organ harmonisch sozusagen umhüllt oder [...] praktisch reguliert.“ [DTA04, 15-17]

„Sie (die Akupunktur) funktioniert nach den grundlegenden Regeln der östlichen Medizin, was bedeutet, den Regeln von Yin und Yang, den Regeln der fünf Elemente zu folgen. Und wir bauen dieses Wissen ein um über dieses System zu wirken, was ein System des Funktionierens ist; nicht neurologisch, nicht endokrinologisch, sondern energetisch, was alle anderen Schritte mit einschließt, aber Teil von einem ganzheitlicheren, globalerem Gesichtspunkt des Individuums aus. Aber auch Grundlagen im Hinterkopf zu haben, oder sagen wir, für uns ist das schon eine etablierte Sichtweise.“ [ATA10, 19]

3.8.2.2 Besonderheiten und Unterschiede in der Sichtweise der Therapeuten auf die TCM-Theorie

In China bestand unter den Therapeuten die Meinung, dass die energetischen Konstrukte der TCM nicht nur als Theorie vorliegen würden, sondern auch für manche Personen tatsächlich spürbar seien.

„Und es gibt sogar Menschen, die glauben, dass das Yin und Yang und die fünf Elementen Lehre alles etwas wahrhaftig materielles Handgreifliches sind. Zum Beispiel das Yin und Yang können Energie geladene Teilchenpartikel darstellen in unterschiedlich geladenem Zustand. Und die fünf Elemente, die aller ersten Ideen dazu und Vorstellungen gehören zu denen aus der Kosmologie. Und man selber, also ich persönlich zum Beispiel gehöre nicht zu denjenigen Menschen, die so äußerst empfindlich sind, aber viele andere sind einfach durchaus so empfindlich, oder durch das eigene Training in Qi Gong, bis man ein bestimmtes Level und ein Befinden erreicht hat, dann können solche Menschen dazu in der Lage sein, solch einen Effekt der Energie aus der Natur auf den menschlichen Körper zu spüren.“ [CTA05, 24]

Chinesische Therapeuten waren meist davon überzeugt, dass die bisher bestehenden Wissenslücken innerhalb der TCM-Theorie durch Forschungsbemühungen zu schließen seien.

„Aber der Wirkungsmechanismus konkret, da sind noch sehr viele Lücken, die es uns nicht möglich machen, genau zu erklären, wie die Akupunktur wirkt. Deswegen ist diese Thematik auch im Moment ein Feld in der Forschung, das wir ganz besonders vertiefen müssen.“ [CTA01, 14]

Eine weitere Besonderheit bei den Interviews mit chinesischen Therapeuten war es, dass diese oftmals nicht direkt auf die Frage geantwortet haben, sondern zunächst Generalisierungen vorgenommen haben. Die Therapeuten gingen teilweise erst auf die eigentliche Frage ein, nachdem sie die Akupunktur als international anerkannte Therapie zur Behandlung von Schmerzen deklariert haben.

I: „Sie als Akupunkteur, wie glauben Sie, können Sie die Schmerzsymptomatik der Patienten beeinflussen?“

T: „Also hier muss man sagen, dass die Akupunktur eine Art von Beschwerden wirklich gut behandeln kann, und das ist der Schmerz. Und das gilt für Schmerzen, von denen man die Ursache kennt, aber auch bei solchen, deren Ursache unklar ist. Also bei Schmerzen ohne deutlich erkennbare Ursache, aber die durch Akupunktur wirklich gelindert werden können, also das weiß man eigentlich und ist auch anerkannt, nicht wahr. Das wird ja jetzt auch in der ganzen Welt anerkannt. Deswegen denke ich, dass die Akupunktur wahrhaftig die wichtigste therapeutische Maßnahme ist, wenn es gilt, Schmerzen zu behandeln.“ [CTA02, 09-10]

I: „Und wie denken Sie, können Sie als Akupunktur-Arzt die Schmerz Symptomatik des Patienten beeinflussen?“

T: „Mit dem Thema Schmerzen habe ich mich sehr ausgiebig beschäftigt. Denn die Akupunktur ist in Hinblick auf Schmerzen eine sehr, sehr wichtige Therapieform. Denn mit anderen therapeutischen Mitteln ist das Ergebnis meist nicht zufriedenstellend, aber mit der Akupunktur kann man sehr gute Erfolge erzielen. Außerdem ist die Behandlung von Schmerzen eine wirklich extrem wichtige Aufgabe der Akupunktur und sie ist auch eine Methode, die sehr gute klinische Erfolge erzielt.“

I: „Und wie denken Sie funktioniert das mit der Schmerzlinderung?“

T: „Wie ich das verstehe, einmal kann man das aus der Sicht der TCM sehen, und zwar hat die Akupunktur die Wirkung Blut zu beleben, Stagnationen aufzulösen durch Meridiane, und das Qi zu regulieren, das alles liegt in der Macht der Akupunktur.“ [CTA04, 07-10]

Einige der von uns befragten deutschen Therapeuten gaben an, dass die Akupunktur in Deutschland abgewandelt worden wäre und in einer modifizierten Form ausgeübt werde. Außerdem wären ihnen teilweise einige wenige Aspekte des TCM-Konzeptes bislang unklar geblieben.

„Ich würde sagen, was wir hier machen ist, ähm, eine westliche Abordnung der TCM, die wir ja individuell verändert haben.“ [DTA01, 19]

„[...] Es [ist] eine Behandlung [...], die ausgleichend wirkt, die therapeutisch hilfreich sein kann, die [...] mit Hilfe eines Heilsystems, was wir nicht alles übernehmen müssen, was aber in sich logisch ist und was auch sehr schön funktioniert [...].“ [DTA06, 17]

I: „Bitte beschreiben Sie nach Ihrer persönlichen Auffassung den Wirkmechanismus der Akupunktur.“

T: „Keine Ahnung. (lacht) [...] eine Optimierung auf irgendeinem Weg, den ich mir chinesisch und westlich nicht vernünftig erklären kann.“ [DTA05, 18-19]

Argentinische Therapeuten wiesen darauf hin, dass teilweise Basiskenntnisse der TCM-Theorie für erste Therapieerfolge ausreichen würden. Die Erfahrung des Therapeuten bringe alles Weitere. Es fanden sich Aussagen dazu, dass die TCM nicht aus der Sicht der konventionellen Medizin zu erklären sei.

„Hier denkt man darüber etwas einfacher als in anderen Schulen. [...] Für mich hat das nicht Priorität, am Ende kennt man die Basis und alles andere kann man viel einfacher lernen. Und mit der Zeit auf lange Sicht braucht das eine Menge Zeit, einige Jahre an Erfahrung und viel Lernen, und dann lernst du auch die chinesischen Wörter und verstehst Konzepte von Grund auf. Außerdem erlaubt die diese Basis anzufangen, zu verstehen und so lernst du in einer Schule, wie dir das auf einfache Weise helfen kann.“ [ATA01, 31]

„[...] Aber ich weiß auch, dass es eine Menge Dinge gibt, die man nicht weiß. Also, wenn wir das von der konventionellen Sichtweise her betrachten, nicht wahr [...] Aber ich glaube, dass es viele Dinge gibt, die wir noch nicht genau wissen [...].“ [ATA03, 10]

3.8.2.3 Besonderheiten und Unterschiede in der Sichtweise der Patienten auf die TCM-Theorie

Die Patienten in China neigten dazu, zunächst eine Auskunft über ihre Sichtweise der Theorie zu verweigern, da sie sich unsicher fühlten und keine definitiven wissenschaftlich medizinischen Auskünfte geben könnten. Auf näheres Nachfragen öffneten sie sich jedoch und teilten ihre Meinung im Interview mit.

I: „Also, wie denken Sie kann die Akupunktur eine Linderung der Beschwerden erreichen?“

P: „Ich, das habe ich Ihnen doch gerade erst gesagt, ich bin kein Mediziner!“ [CPA12, 46-47]

„Ja ja ja, ich verstehe da ein bisschen, aber es ist nicht so, dass ich darüber so professionell Bescheid weiss! Das könnte ich womöglich nicht! [...] Ich denke, das müssen immer noch die Meridiane sein! Meridiane, wenn du zum Beispiel irgendwo eine Stase hast, also sozusagen, wenn ein Meridian irgendwo nicht durchgängig ist, wenn man die behandelt mit Akupunktur, dann könnte es doch sein, dass es besser wird, aber ich bin mir da wirklich nicht so sicher.“ [CPA09, 29-57]

In Argentinien und Deutschland fanden sich mehrere Patienten, die Meridiane öfters mit Nervenbahnen oder Nervenzentren gleichsetzten. Außerdem wurden Meridiane in Argentinien oft mit dem Konstrukt der Chakras²⁹ verwechselt.

„Also, ich hab ja das Gefühl, ein Meridian, das sind ja Nervenbahnen, oder?“ [DPA17, 37]

„Nein, doch, gut, ich nehme an, dass sie Zentren, die so mit Nervenzentren in Verbindung stehen, aktivieren, das stelle ich mir vor, denn das sind die, die Sensibilität übertragen. Aber um ehrlich zu sein, ich weiß nicht viel.“ [APA14, 23]

I: „Und sind Ihnen Begriffe Qi oder Meridiane geläufig?“

P: „Ja Chakras.“

I: „Chakras? Das ist eine andere Medizin. Das ist Medizin aus Indien.“

P: „Gut, dann weiß ich nicht. Ja, Qi, das habe ich schon mal gehört [...]“. [APA04, 28-31]

Auch kam in Deutschland häufiger die Aussage, gar nicht genau wissen zu wollen, wie die Akupunktur wirkt. Hauptsache sei hier, dass sie wirkt.

„Nein. Es ist mir auch eigentlich nicht so wichtig. Hauptsache ich habe das Gefühl und es funktioniert. Ich möchte ja auch nicht wissen, wie es ist, wenn man mir den Bauch aufschneidet, also das ist so: Ich will es so genau eigentlich gar nicht wissen. Ich will die Wirkung haben.“ [DPA08, 49]

²⁹ Chakras: Sie bezeichnet in traditionellen südasiatischen Konzepten aus dem tantrischen Hinduismus, dem tantrisch-buddhistischen Vajrayana und dem Yoga subtile Energiezentren zwischen dem materiellen Körper und dem subtilen Körper des Menschen (Wikipedia).

3.8.2.4 Glaube und Vertrauen in die TCM

In China brachten die Patienten großes Vertrauen in die Akupunktur und in ihre Therapeuten mit. Bei Patienten wie auch Therapeuten herrschte eine starke Überzeugung von der TCM-Theorie von Grund auf.

„[...] Später habe ich gemerkt wie toll diese Akupunktur ist, ich vertraue der TCM einfach so sehr.“ [CPA08, 49]

„Durch Internetrecherchen, da sagen alle, dass dieses Krankenhaus das Beste ist. Von ganzem Herzen her, ich vertraue ihm.“ [CPA03, 44]

„[...] Wenn du nach den Prinzipien der TCM behandelst, kann es seine Wirkung entfalten, was bedeutet, dass es ein Beweis für ihre Existenz und Wahrhaftigkeit ist.“ [CTA04, 14]

In Argentinien waren die befragten Therapeuten besonders aufgrund ihrer positiven Therapieerfolge von der Akupunktur überzeugt. Argentinische Patienten äußerten trotz geringer Kenntnis über das Theoriemodell der Akupunktur starken Glauben an deren Wirkung.

„[...] Ich glaube eben, dass sein Schmerz verschwunden ist, das ist ausschließlich ein positiver Effekt, der durch die Akupunktur hervorgerufen wurde. Das hat weder mit der Arzt-Patienten-Beziehung zu tun noch mit einer guten Veranlagung/Geneigtheit, die PA2 für die Behandlung hat. Das war objektiv die Akupunktur, die zur Verbesserung geführt hat.“ [AP02AT06, 09]

I: „Mhm. Und Begriffe wie das Qi, Meridiane, die fünf Elemente (...)?“

P: „Nein, nein, davon kenn ich nichts. Ich habe nur reinen Glauben (sie lacht).“ [APA14, 24-25]

Äußerungen von den deutschen Patienten und Therapeuten hinsichtlich des reinen Glaubens an die Wirkung der Akupunktur wurden seltener getätigt als in den anderen Ländern und fielen verhaltener aus. Im Zusammenhang damit wurden Schwierigkeiten der Therapeuten geäußert, die TCM-Theorie gänzlich zu verstehen. Patienten äußerten öfter Zweifel. Häufiger als Aussagen über den Glauben an die Akupunktur selbst fanden sich Aussagen hinsichtlich der Zuversicht, dass ihr persönlicher Arzt ihnen helfen werde.

„Also, auf jeden Fall hat sie [die Akupunktur] dazu beigetragen, ja. Er hat ja sonst nicht so viel anderes nicht mehr gemacht.“ [DPI5DT06, 07]

„Und nun ist es so, dass ich glaube, dass diese Konzepte teilweise auch so pragmatisch gewählt sind oder [...] soweit ich mich da auskenne, manchmal auch Bezüge hergestellt worden sind, die ähm für mich nicht immer nachvollziehbar sind, das heißt, zum Beispiel die chinesische Organuhr ist mir oft hilfreich aber ich glaube nicht immer, dass das hundertprozentig wirkt.“ [DTA06, 15]

„Und manchmal denke ich mir, ach, warum ist es nichts geworden“, dann war es schlicht und ergreifend, weil ich missachtet hab, dass die Regeln der TCM doch irgendwie gelten.“ [DTA01, 21]

„Und an sich glaub ich nicht dran.“ [DPA19, 37]

„Egal wie es funktioniert, irgendwie funktioniert es, ob ich dran glaube oder nicht, es ist mir eigentlich egal.“ [DPA08, 23]

„Und zum anderen bin ich begeistert von der Frau Dr. XXX, weil sie eben beide Möglichkeiten beherrscht.“ [DPA20, 23]

3.8.2.5 Wissenschaftliche Evidenz und Empirie

Für das Glaubensmodell der TCM-Theorie spielte vor allem in Argentinien die wissenschaftliche Forschung eine Rolle. Besonders in Argentinien waren die Therapeuten von der wissenschaftlichen Forschungslage informiert und gingen auf ihre Relevanz für das Verständnis der TCM ein. Vereinzelt legten in Argentinien auch die Patienten Wert auf die Forschung. In China spielte die wissenschaftliche Forschung nur für die Therapeuten eine Rolle. Sie würde als Ergänzung dienen, um die TCM besser zu verstehen. In Deutschland äußerten weder Therapeuten noch Patienten zur wissenschaftlichen Forschungslage der Akupunkturwirkung.

„Ich glaube, man muss den Weg der Forschung verfolgen. Eh (...) es könnte eine Unmenge von Dingen geben, die ich denke, aber es scheint mir, dass das Mittel der Wahl ist zu versuchen es (...) eh (...) es so gut wir können zu erklären (...) mmm (...) denn das ist die einzige Möglichkeit, dass die Akupunktur durch die konventionelle Medizin verstanden werden kann. Nichts desto trotz können wir all diese Hypothesen haben, aber die Forschung ist wichtig.“ [ATA03, 12]

„[...] Ich denke, dass es etwas, oder, da es wissenschaftlich belegt ist, also, bei mir erweckt sie Vertrauen.“ [APA07, 43]

„Deswegen denke ich, dass ich durch diese Forschungsarbeit im Bereich der Wirkungsmechanismen der Akupunktur in meinem Verständnis zur TCM auch weitergekommen bin. Also die Klinik und die Forschung sind zwei Bereiche die einander unterstützen. Außerdem hilft das Wissen aus der TCM auch dem Verständnis der modernen Medizin.“ [CTA03, 25]

Einzelne Patienten aus China und Deutschland und ein Therapeut aus Argentinien äußerten, dass die Wirksamkeit der Akupunktur durch die Empirie belegt sei.

„Ich finde, dass die Akupunktur immer noch an erster Stelle steht! Diese Chinesische Tradition, diese Jahrtausend alte medizinische Kultur!!“ [CPA09, 29]

„Außerdem, es ist ja eine uralte Technik. Ich denke, was so alt ist und sich so lange hält, muss irgendwelche Wirkung oder Vorteile haben, sonst würde es sich nicht halten.“ [DPA08, 68]

„[Die Akupunktur hat] vor fünftausend Jahren angefangen [...] sich zu entwickeln, also, die mir sehr effektiv zu sein scheint, obwohl sie keine Beweise hat, also, Jahre von Studien, also, randomisierten, etablierten, die man benutzt um ein Medikament zuzulassen. Diese Studien gibt es nicht, die sie zulassen, aber ohne Zweifel hat sie fünftausend Jahre Praxis mit guten Ergebnissen vorzuweisen.“ [ATA07, 09]

3.8.2.6 Mystik und Magie

In allen drei Ländern fanden sich Aussagen von den Patienten, dass sie etwas Mystisches und Magisches in der Wirkung der Akupunktur sahen. Seitens der Therapeuten fand sich nur eine Aussage aus Argentinien, die die Wirkung der Akupunktur mit Zauberei verglich.

„Genau, und deswegen denke ich, dass diese Akupunktur etwas ziemlich mysteriöses ist!“ [CPA07, 30]

„Na ja, die Überraschung ist immer, dass man ähm dann doch mit einem doch mit einem Schmerz hierherkommt und oftmals dann nach unmittelbar nach der Sitzung irgendwann für den ganzen Tag, äh dass der Schmerz ganz weg war. Und das ist schon ein kleines Wunder, möchte ich mal sagen.“ [DPE15, 07]

„Also, ja, ich denke, dass ich die Illusion habe, dass mir etwas Magisches passiert, (sie lacht).“ [APA09, 17]

„Manchmal erscheint es [die Akupunktur Wirkung] wie Zauberei, so schnell, dass du sagst, das kann nicht sein.“ [ATA01, 27]

3.8.2.7 TCM konventionell erklärt

Die von uns befragten Therapeuten aller Länder zogen physiologische Modelle aus der konventionellen Medizin heran, um den Wirkmechanismus der Akupunktur zu erklären. Gemeinsam war ihnen die Meinung, dass die Akupunktur ihre Wirkung auf vegetativer und neurologischer Ebene entfalten würde.

„Also wenn hier die Wirbelsäule ist, und das ist der Halswirbel, dann kommen hier die Nerven aus dem Wirbel heraus, wenn du dann die Nadel genau hierherein stichst, stichst du genau daneben (neben den Nerv), dann ist die Wirkung bestimmt gut!“ [CP01CT04, 43]

„Dass die Substanzen ausgeschüttet werden, äh der Blutdruck runter geht, dass bestimmte vegetative Erscheinungen runtergehen, ja, ängstliche Situation oder dass der Patient auch schläft dabei. Oder dass sich vieles reguliert im Vegetativum. Dass manches rauskommt, was gestaut ist. Viele weinen dabei auch, ja. Also, es ist eine regulative Methodik.“ [DTA04, 18]

„Du wählst bestimmte (...) Gruppen von Punkten aus, und die lösen eine Modulation, eine neurochemische Neuromodulation aus, sie lösen Modifikationen auf dem Level der Neurotransmitter aus. Sie hat zentrale und periphere Mechanismen.“ [ATA09, 09]

Die Patienten aus Deutschland und Argentinien teilten die Meinung, dass die Akupunkturwirkung auf einer neurologischen Grundlagen basiere, nicht aber die chinesischen Patienten.

„[Die Akupunktur] reizt sicher Nervenzellen, die aktiv werden“ [DPA02, 31]

„Ich glaube [...] sie wirkt über Nervenzentren oder sehr spezielle Punkte des Körpers, die Effekte auf andere Zonen und mehr systemischer Art haben.“ [APA10, 21]

Besonders in China und vereinzelt in Deutschland waren die Therapeuten der Meinung, dass die Akupunktur vor allem durch die lokale Manipulation an der HWS und die Steigerung der Durchblutung wirken würde. Dies bestätigten auch die von uns befragten Patienten aus China und Deutschland.

„Ja durch die Anregung des Blutkreislaufes. Sie kann den Blutkreislauf verbessern. Nachdem der Blutkreislauf verbessert ist, fühlt man sich natürlich besser!“ [CP13CT04, 21]

„Von Durchblutung, von Lymphabfluss, von nervalen Regulationen, ne. Also, dass wird dadurch sicher begünstigt.“ [DTA04, 20]

„Diese Akupunkturpunkte, wenn diese durch den Therapeuten stimuliert werden, dann wird die Durchblutung gefördert [...].“ [CPA08, 51]

„Dass jemand die Punkte vielleicht also tut die Durchblutung anregen [...].“ [DPA18, 45]

Für die Therapeuten in Deutschland und vor allem in Argentinien spielte die Akupunktur Wirkung auf psychologischer und emotionaler Ebene eine wichtige Rolle. In China äußerten sich hierzu die Therapeuten nur vereinzelt.

„Aber auch weil sich etwas bewegt, was der Patient fühlt, und manchmal kommt er wieder und sagt: ‚Gut, ich habe etwas in der Brust gemerkt‘. Denn diese schwere Emotion, die ihn bedrückt, hat sich befreit, und von [da] an fängt in Anführungszeichen die Reaktion an.“ [ATA01, 27]

„Weil, es gibt ja auch versteckte Situationen, wo man nicht ehrlich ist mit sich und den anderen und lässt das eben machen und das kann äh zu körperlichen Reaktionen und psychischen Reaktionen nachträglich kommen, ja.“ [DTA02, 44]

„[...] Und zusätzlich hat die Akupunktur ganzheitlich auch die Psyche, und die Aufmerksamkeit, die seelische Verfassung regulieren können.“ [CP08CT02, 16]

Die von uns befragten Patienten äußerten sich in allen Ländern nur vereinzelt zu der Akupunkturwirkung auf psychologischer und emotionaler Ebene.

„Dort wo es Schmerzen gibt, da ist es blockiert [...] Sobald du frei bist, dann ist dein ganzer Körper entlastet. Und sowieso, wenn du einmal frei bist, dann ist auch deine Psyche besser, und dann ist auch gleichzeitig deine Stimmung besser.“ [CPA08, 51]

„Jetzt habe ich das Gefühl, ich kann mich wieder aufrichten. Oder, um genau zu sein man körperliche Sache oder `ne seelische oder `ne auf der anderen Ebene ist, weiß ich nicht. Aber die Akupunktur hilft mir, dass ich eher in diesen Zustand komme [...].“ [DPE08, 26]

„[...] Ich weiß nicht, ob es psychologisch ist, aber sie hat mir immer gut getan sie (die Akupunktur) zu haben.“ [APA06, 27]

Ein weiterer Wirkmechanismus, der von den chinesischen und deutschen Therapeuten sowie den Patienten aus allen drei Ländern genannt wurde, war die Wirkung über eine Entspannung der Muskulatur.

„Und andererseits lösen wir die lokale Anspannung in der Muskulatur im Nacken. Diese lokale Verspannung, diese Verspannung in der Muskulatur, die können wir lösen, was sowohl für die HWS gut ist, als auch für die Nerven in diesem Bereich und für die Gefäße!“ [CP03CT02, 22]

„Er ist entspannter, sowohl was die Muskulatur angeht, aber auch bezogen auf seine Äh sein ten.“ [DP19DT06, 07]

„Also kann man mit der Akupunktur erreichen, dass die Muskulatur eine gewisse lockere Elastizität beibehält.“ [CPA09, 53]

„Das durch diese Punkte, wo man eben reinsticht [...] die Verkrampfung oder wie auch immer man das dann beschreibt, einfach auflösen [...].“ [DPA10, 50]

„Aber ich glaube, dass es das ist, dass das Ziel das ist direkt über die Nervenpunkte zu arbeiten und auf irgendeine Art und Weise die Muskeln zu entspannen, oder die Funktionsfähigkeit zu verbessern, um es klarer auszudrücken.“ [APA04, 33]

In Deutschland und Argentinien fanden sich Zitate von den befragten Therapeuten, die den Wirkmechanismus der Akupunktur explizit durch physiologische Zusammenhänge der konventionellen Medizin zu erklären versuchten. In China fanden sich zwar auch Aussagen dazu, dass die Akupunkturpunkte sowie ihre Wirkung jeweils anatomische Korrelate hätten, jedoch wurde hier nicht versucht, die Akupunkturwirkung in das Verständnis der konventionellen Medizin einzubinden.

„Ich glaube, man muss den Weg der Forschung verfolgen [...] denn das ist die einzige Möglichkeit, dass die Akupunktur durch die konventionelle Medizin verstanden werden kann.“ [ATA03, 12]

„Nein, nein, die Akupunktur hat wissenschaftlich gesehen Effekte, also, sie löst neuromodulatorische Effekte aus, biochemisch, was wissenschaftlich gezeigt wurde.“ [ATA09, 09]

„So, in der Schulmedizin ist es so, dass ja nachgewiesen ist, dass es zur Ausschüttung kommt von Endorphinen, von körpereigenen Opiaten, und Äh das hat mich auch schon überzeugt, ne, dass diese Akupunktur wirksam ist, weil es wirklich nachgewiesen ist, biochemisch, ne.“ [DTA04, 18]

„[...] Jeder Akupunkturpunkt [hat] natürlich ein konventionelles anatomisches Korrelat mit Muskeln, Sehnen, Gefäßen und so weiter. Das alles hat natürlich seine materielle Grundlage, auf der die Therapiewirkung beruht [...] anatomisch gesehen liegt der Punkt Gan Shu³⁰ auf der Höhe eines Brustwirbelkörpers, aus der Höhe Nervenfasern entspringen, die die Leber oder das Herz innervieren, und deswegen zu den Symptomen des Seitenstechens oder Herzbeschwerden geführt haben, so dass man die Symptome und die Besserung durch das Nadeln an dem Punkt durch beide Medizin Theorien erklären kann.“ [CTA03, 29-31]

³⁰ Gan Shu: Akupunktur Punkt Blase 18.

3.8.2.8 Tiefgründige Wirkung

In China und in Argentinien waren die Patienten der Meinung, dass die Akupunktur im Gegensatz zur konventionellen Medizin viel tiefgründiger wirke. Sie schaffe es, die Wurzel der Erkrankung zu beseitigen. Zudem hatten die Patienten in China die Vorstellung, dass die Akupunktur durch die Stimulation am Nacken einen direkten Zugang zur Krankheit habe. Patienten aus Deutschland teilten diesen Gedanken nicht. Von den von uns befragten Therapeuten äußerten sich nur vereinzelt die Therapeuten aus China zur tiefgründigen Wirkung der Akupunktur.

„[...] Sie kann die Wurzel entfernen, sie kann von Grund auf heilen.“ [CPA03, 38]

„[...] Mir kommt es so vor, dass die Akupunktur in die Tiefe, zur Wurzel des Problems geht, im Gegensatz zur konventionellen Medizin.“ [APA08, 25]

„Ähm, ja, ich denke, dass sie direkt am Ort der Beschwerde wirken kann.“ [CPA14, 34]

„Vor allem befreit sie die Meridiane, sie stimuliert auf direktem Wege den Puls der Meridiane, ist es nicht so? Ich finde, dass das ihr Vorteil ist!“ [CPA10, 44]

„Weil sie, weil sie, sie wirkt spezifisch, wie spezifisch!? Sie kann direkt auf die Krankheitsquelle zugreifen!“ [CP01CT04, 33]

3.8.2.9 Selbstheilung

Alleine für die von uns befragten Therapeuten aus Argentinien stand die Selbstheilung bei der Genesung durch Akupunktur im Zentrum.

„Und das Geheimnis liegt im Patienten, es liegt weder im Arzt noch in der Akupunktur noch in der Homöopathie. Das sind Mittel, die wir haben um die die Selbstheilung auszulösen. Die Selbstheilung macht nicht der Arzt, die macht der Patient.“ [ATA06, 29]

„Also, ich interveniere mit der chinesischen Medizin versuche ich direkt auf diesen Energiefluss Einfluss zu nehmen, aber in Wirklichkeit, was ich damit nur mache, ist [...] dass die Selbstheilungskräfte in Aktion kommen. Und das ist, glaube ich, körperlich als auch geistig, seelisch der Fall.“ [ATA08, 09]

„Also, ich bin schon sehr überzeugt davon, dass der Einfluss auf die, auf diese Energiewege, den man durch die Akupunktur erreicht, tatsächlich Einfluss hat auf die Energie und dadurch ermöglicht, dass die Selbstheilungsprozesse von ihr in Gang kommen können. Also, sie unterstützt in ihrem Versuch sich selbst zu heilen, sagen wir es mal so.“ [AP10AT08, 07]

3.8.3 Wichtige Einflussfaktoren für die Akupunktur (Interviews)

3.8.3.1 Arzt-Patienten-Beziehung

Alle befragten Patienten und Therapeuten waren sich einig darüber, dass der Austausch zwischen Arzt und Patient ausschlaggebend für die nötige Informationsübermittlung sei, die der Gestaltung des Therapiekonzeptes zu Grunde liege. Die Therapeuten würden die Informationen für ihre Diagnostik und Therapie brauchen, während die Patienten wollten, dass der Therapeut so gut es geht über die eigene Person und Krankengeschichte Bescheid weiß. Für Therapeuten aus Deutschland und Argentinien galt das Gespräch allein schon als Großteil der Therapie. Im Gespräch könnte für alle Therapeuten Einfluss auf den Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung genommen werden. Argentinische Patienten teilten diese Ansicht, während deutsche und chinesische Patienten dies sehr selten oder gar nicht erwähnten.

„Und durch diese enge Beziehung, die man aufbaut ist es auch möglich, mehr über den Patienten zu erfahren. Zum Beispiel was für einen Bildungsstand der Patient hat, wie er im Alltag lebt, wie er bestimmte Dinge sieht und dergleichen. Und dann kannst du mit geeigneten Worten auf dieser Vertrauensbasis den Patienten in seinen vielleicht falschen Sichtweisen korrigieren. Zum Beispiel, dass man es schafft einen vorerst unwilligen Patienten zur Akupunkturbehandlung zu bringen, oder einen ungesunden Lebensstil zu verbessern, und so weiter.“ [CTA03, 33]

„Ich meine, ein verantwortungsvoller Arzt muss sich bestimmt deine gesundheitliche Verfassung klar machen. Da fragt er genau, was du hast, wenn du dir das als Arzt nicht klar gemacht hast, wie sollst du denn dann den Patienten behandeln? Nicht wahr?“ [CPE11, 10]

„[...] Zum einen glaube ich, dass ein ganz normales Gespräch teilweise Besserung der Umgangsmöglichkeiten mit dem Schmerz sich auf tun, vielleicht auch eine andere Sichtweise [...].“ [DTA06, 07]

„Na, ein Gespräch sozusagen, von dem Arzt, dass der überhaupt erst mal weiß, wo er hinstechen soll.“ [DPE10, 17]

„[...] Offensichtlich hat das [die Beeinflussung der Schmerzen] enorm mit der Arzt-Patienten-Beziehung zu tun, die schon eine Therapie ist.“ [ATA03, 05]

„Und es kann sein, dass in diesen 20 Minuten oder sogar einer Stunde, wenn du redest [...] ich habe gesehen, dass da Dinge rauskommen, dass du möglicherweise, wenn du ihn etwas fragst, was ihn niemand bisher gefragt hat, sehr tiefgreifende Dinge, spezielle Dinge.“ [ATA01, 55]

„[...] Dass ich mich wohl fühle, eh, ihm Dinge erzähle, die mir passieren, und das kann auch zur Behandlung beitragen, nicht wahr.“ [APA07, 37]

Eine weitere Besonderheit der Akupunkturbehandlung war die nonverbale Kommunikation auf körperliche Ebene. Chinesische und deutsche Therapeuten gaben an, dass sie durch die Berührung des Patienten und der Palpation der Meridiane bestimmte Hinweise auf die konstitutionelle und gesundheitliche Situation des Patienten bekämen. Eine Therapeutin in Argentinien berichtete über ihre Erfahrung, dass es zu einer Art „Energieübertragung“ von ihren Patienten auf sich selber kommen könne, so dass sie die Schmerzen der Patienten in ihrem eigenen Körper spüren würde.

„Also wir können diese [Pathologien] dann spüren bei der Palpation, also normalerweise, bei der Palpation der Meridiane, außer der Schmerzsymptomatik des Patienten, können wir oft unter der tastenden Hand Pathologien spüren.“ [CTA05, 06]

„Es ist ja auch so, die kommen ja oft, wodurch da schon ich oft nach Jahren oft noch relativ viel über die Patienten weiß, obwohl sie mir gar nicht viel erzählt haben, sondern die Punkte einiges berichten. Das heißt, das ist eine intensive Kommunikation Interaktion und auch die Patienten äh empfinden das so häufig als sehr gut.“ [DTA06, 29]

„Und manchmal treten bei mir Schmerzen auf und etwas im Körper, was mit einigen Personen (Patienten) zusammenhängt. Und einmal habe ich gedacht, dass ich ziemlich (...) durch sei (sie lacht, Gestik des Verücktseins), aber nun denke ich das nicht mehr. [...] ich sehe das wie ein Teil meiner Möglichkeiten bis zum Diagnostischen an [...], dass bei mir manchmal Schmerzen im Körper auftreten, die die gleichen Schmerzen sind, von denen mir die Leute [Patienten] erzählen [...].“ [ATA04, 27]

Deutsche und chinesische Therapeuten wiesen darauf hin, dass es im Austausch wichtig sei, dem Patienten die Angst zu nehmen.

„Das Gespräch ist wichtig. Ähm. Auch ähm Angst, versuchen Angst zu reduzieren beziehungsweise viele Ängste, das wird kann nur noch schlimmer werden als auch darüber zu sprechen.“ [DTA06, 07]

„[...] Dann muss man einerseits viel mit ihnen reden und ihnen die Angst nehmen, und andererseits schauen, dass man die vordergründigen Symptome erfasst.“ [CTA02, 37]

Ein Therapeut in Deutschland fasste die wichtigen Einflussgrößen der Akupunktur unter der Placebowirkung³¹ zusammen.

I: „Und was für eine Rolle spielt dabei der Akupunkteur? Hat der eine Rolle, oder ist das egal, wer das macht?“

T: „Ja, natürlich hat der eine Rolle. Natürlich spielt Placebo eine große Rolle. Also circa 50 Prozent.“

I: „Wie meinen Sie das?“

T: „Also, es gibt Untersuchungen, die sagen, 50 Prozent ist immer Placebo.“ [DTA05, 24-27]

³¹ Placebo Wirkung: Schein Wirkung.

3.8.3.2 Vertrauen

Die von uns befragten deutschen und argentinischen Patienten legten großen Wert auf die Zuwendung und Geborgenheit, die sie durch die Therapeuten erfahren würden. Argentinische Patienten sahen in der Zuwendung und dem „Sich-Kümmern“ einen eigenständigen Wirkfaktor. Dies wurde auch von den argentinischen Therapeuten bestätigt. In Argentinien bildeten Sicherheit, Aufmerksamkeit und Liebe einen Teil der Therapie. In Deutschland waren sich die Patienten und Therapeuten einig, dass für eine funktionierende Akupunktur „die Chemie“ stimmen müsse. Die chinesischen Patienten erwähnten nicht, dass ein vertrauensvolles oder liebevolles Verhältnis zu ihrem Therapeuten ein wichtiger Wirkungsfaktor war. Chinesische Therapeuten stellten allerdings fest, dass es eine wichtige Aufgabe des Therapeuten sei, eine vertrauensvolle Umgebung zu schaffen. Sie erläuterten zudem genau, auf welchem Weg sie das Vertrauen des Patienten gewinnen konnten: Ein schneller Wirkungseintritt der Akupunktur würde eine Bestätigung für die Kompetenz des Therapeuten darstellen. Das würde die Patienten davon überzeugen, die Akupunktur fortzusetzen.

„[...] Nicht nur die Akupunktur an sich ist, es ist die Umgebung, das Gefühl der Sicherheit durch die Ärzte. Es ist, sich zu fühlen, dass sich einer um einen kümmert [...] Aber die ganze Atmosphäre inklusive der Sekretärinnen [...] Also, das macht es aus. Die Medizin ohne Liebe taugt nicht.“ [APA01, 31-33]

„Es scheint mir [...] ob die Verbindung, die man mit dem Patienten hat, 30, 40 oder 50 oder 90% der Bedeutung der Behandlung ausmachen.“ [ATA04, 25]

„Ne, also ich finde, Akupunktur muss man schon auch von jemanden machen lassen, dem man traut.“ [DPA10, 38]

„Ja, wenn das Arzt-Patienten-Verhältnis stimmt, das heißt, der Patient oder der Behandelte den Arzt mag und schätzt wird das besser helfen, als wenn es ein Therapeut ist, wo das die Chemie nicht stimmt.“ [DTA03, 21]

„Und dann ist es dieses Vertrauen, was der Arzt, oder der Akupunkteur den Patienten vermitteln kann, das ist etwas, was sehr wirkungsvoll für die Therapie sein kann.“ [CTA01, 20]

„Wichtig ist, dass ich möglichst schnell eine Besserung erreichen muss, und diese Besserung muss nicht unbedingt die Grundproblematik betreffen, sondern zum Beispiel beim HWS-Syndrom, wenn der Patient zusätzlich depressiv verstimmt ist, dann würde ich ihm sagen: Ihre Schmerzen im Bereich der HWS oder diese ausstrahlenden Schmerzen werden sich möglicherweise nicht gravierend verbessern mit der Akupunktur, aber Ihre Stimmung wird sich wahrscheinlich etwas bessern. Früher hatten Sie vielleicht nicht so viel Appetit, aber mit der Therapie kann sich hier etwas bessern, sobald es irgendeine Besserung gibt, zählt das schon als Erfolg, und der Patient entwickelt dann ein Vertrauen und kann die Akupunktur nach und nach besser annehmen.“ [CTA03, 37]

3.8.3.3 Professionalität

Die fachliche Kompetenz eines Arztes spielte sowohl für die von uns befragten Patienten als auch Therapeuten in allen Ländern eine wichtige Rolle. Die Punktgenauigkeit galt für die Patienten in allen drei Ländern als wichtig, dass die richtigen Akupunkturpunkte korrekt getroffen wurden. Dies äußerten auch die Therapeuten in China. Weniger deutlich wurde dieser Gedanke bei den deutschen Therapeuten. Bei den argentinischen Patienten fanden sich dazu keine Äußerungen. In China sei vor allem auch die Technik beim Akupunktieren wichtig.

„[...]Ihr als Ärzte müsst einfach ein bestimmtes Maß an Fähigkeiten mitbringen und diese richtig einsetzen, wenn ihr die Punkte bei mir richtig trifft, wenn die Akupunkturpunkte korrekt getroffen werden, dann tritt der Therapieeffekt womöglich schneller ein, aber genau kenne ich mich da nicht aus!“ [CPA06, 28]

„Einerseits sind es die Akupunkturpunkte, andererseits die Techniken der Manipulationen. Bei der Akupunkturtechnik zum Beispiel, wenn man ein und dieselbe Krankheit hat, oder denselben Patienten, wenn man denselben Akupunkturpunkt akupunktiert, wenn es zwei unterschiedliche Ärzte machen, dann kann es sein, dass die Wirkung jeweils unterschiedlich ist, dass sie anders ist. Und das hängt mit der unterschiedlichen Akupunkturtechnik zusammen.“ [CTA02, 28]

„Und außerdem zwirbelt der Doktor auch noch die Nadeln für dich, wenn er sie gesetzt hat, das finde ich sehr gut.“ [CPE06, 28]

„Und im Grunde muss man sagen, in der einen halben Stunde, in der die Nadeln liegen, da sollte man eigentlich nach einer viertel Stunde eine Manipulation an den Nadeln vornehmen. Aber jetzt sind einfach zu viele Patienten da! Überhaupt ist es unmöglich, für einen Arzt alleine das alles hinzukriegen! Nicht wahr? Da kann man einfach nichts machen! Aber eigentlich müsste das so sein mit der Manipulation durch.“ [CPE11, 46]

„Dass er sie, na die Punkte trifft, die Punkte die, die entscheidenden. Kennt und trifft.“ [DPA02, 37]

„Und dass man halt in bestimmte Körperstellen sticht.“ [DTA03, 24]

„[...] Dass er davon Ahnung hat, wo er die Nadeln hinsetzt, wo man sie hinsetzen muss [...].“ [APA15, 27]

Das Erzeugen von Nadelgefühl, dem De Qi³² war besonders für die Therapeuten in China ein wichtiger Einflussfaktor. Deutsche Therapeuten äußerten sich in den Interviews vereinzelt und argentinische Therapeuten gar nicht zu diesem Thema. Nur die chinesischen Patienten sahen im De Qi einen wichtigen Einflussfaktor für eine erfolgreiche Akupunktur.

³² De Qi: Nadelgefühl, wörtlich übersetzt: „Qi erhalten“.

„Wichtig ist noch, die Akupunkturstellen, die genadelt werden, wenn der Patient dort ein Ziehen, ein Druckgefühl oder Schmerzen empfindet, soll er selber genau auf das Gefühl achten und uns mitteilen. Manchmal würden wir ihm erklären, dass es sich um eine normale Reaktion handelt, und manchmal kann es sein, dass das De Qi Gefühl zu stark ist. Oder es kann auch sein, dass unsere Manipulation zu stark ist, und so weiter. Oder das die Manipulation nicht richtig war, dann würden wir das korrigieren. Deswegen ist ein stetiges Feedback vom Patienten wichtig, damit man unangenehmes Nadelgefühl vermeidet.“ [CTA03, 49]

„Ja, dass man damit einen Reiz auslöst, ein bestimmtes Gefühl erzeugt. Und man fragt auch danach: ‚Ist das so ein dumpfes Druckgefühl?‘, dass der Patient auch merkt, da tut sich was.“ [DTA03, 25]

„Also zunächst einmal, das Mindeste ist, dass ich fühlen muss, also wenn der Arzt die Nadel hält und einsticht und danach Manipulationen vornimmt, wie es sich in meinem Körper anfühlt.“ [CPA11, 60]

Besonders in China wurde die Wirkung der Behandlung direkt mit der Person des Therapeuten in Verbindung gebracht. Sowohl Patienten als auch Therapeuten differenzierten zwischen Therapeuten mit unterschiedlichen Fähigkeiten, die eine erfolgreiche Akupunktur ausmachen würden. Die Bezahlung erfolgte auch entsprechend der Rangordnung der Therapeuten.

„Bezüglich der Therapieeffekte eines Therapeuten, das ist so, da ich für die Behandlung von einem Oberarzt bezahlt habe, und möchte, dass Oberärztin mich akupunktiert, ich bin der festen Meinung, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Therapeuten gibt [...].“ [CPA07, 50]

„Deswegen gibt es auch bei der Akupunktur unterschiedliche Ärzte, die auf einem unterschiedlichen Stand sind, so heißt es in dem Klassiker Huang Di Nei Jing³³. Es gibt den „Oberen“, „Mittleren“ und „Unteren Arzt“. Ich denke, dass man erst durch das stetige Erlernen und Studieren der TCM, wenn man immer mehr Wissen erwirbt, und dann den Stand eines oberen Arztes erwirbt, erst dann kann man wirklich solch eine Beziehung zwischen Himmel und Mensch erfahren und verstehen [...] Ein Charakteristikum für Ärzte der unteren Schicht (von der Fähigkeit her) ist es, dass sie sich ganz allein nur auf das anatomisch gesehene Organ konzentrieren [...] wenn der Arzt aber ein etwas besseres Niveau hat, dann würde er den Patienten besser beobachten, und anhand der Entwicklung und Veränderung auch zusätzlich die Seele (Psyche) des Patienten behandeln.“ [CTA05, 24]

³³ Huang Di Nei Jing, Klassiker aus der Literatur zur Theorie der TCM.

3.8.3.4 Glaube an die Akupunktur und der Wille zur Genesung

Die von uns befragten Patienten aller drei Länder erwähnten nur selten, dass der Glaube an die Therapie von Vorteil für die Wirkung sein könnte. Den Therapeuten war aber in allen Ländern eine annehmende Haltung zur Akupunktur sehr wichtig für das Therapie-Ergebnis. Einzelne chinesische und deutsche Therapeuten würden einem Patienten ausdrücklich von einer Akupunktur abraten, der widerwillig zur Therapie kommt. Wenn der Patient nicht mit ganzem Vertrauen und Glauben dabei wäre, würden ihn Therapeuten in China teilweise gänzlich ablehnen.

„Nun, es ist angenehmer zu arbeiten, wenn der Patient offener ist, Es ist angenehmer [...].“ [ATA09, 25]

„Ich denke auch an der Einstellung der jeweiligen Patientin oder Patienten. Und äh, ob man einen guten Zugang hat. Oder, wenn eine Patientin oder Patient widerwillig zur Therapie geht. Gut, in dem Fall würde ich das sowieso nicht machen. Da sag ich: ‚Okay, lassen wir es lieber sein‘.“ [DTA02, 44]

„Zum Beispiel gibt es Patienten, die von alleine nie in die Klinik kommen würden, sondern von den Kindern gezwungen werden. [...] Es nützt nichts, wenn sich der Patient gegen die Therapie sträubt. Für die Therapiewirkung ist eine annehmende Haltung sehr wichtig. Ich würde dann sagen, wenn du die Therapie wirklich so schrecklich findest, dann komm einfach nicht mehr, weil mit so einer ablehnenden Haltung, da kann zwar meine Akupunktur auch eine Wirkung erzielen, aber die wird weitaus nicht so gut sein. [...] Und wenn er seine Haltung erst mal geändert hat, dann erkennt man auch sehr deutlich eine schnellere Genesung durch die Therapie. Deswegen macht es einen riesen Unterschied, ob der Patient von der Therapie überzeugt ist oder nicht. Und eigentlich denke ich, dass das nicht nur für die Akupunktur gilt, sondern auch für alle anderen Dinge. In der westlichen Medizin ist es genau so!“ [CTA03, 77]

„Als aller erstes würde ich ihm sagen, dass er ehrlichen Herzens und mit einer positiven Einstellung zur Therapie kommen soll. Falls er so eine Art Skepsis mitbringt, und das Ganze nur mal austesten möchte, und sagt, er kommt nur um es auszuprobieren, also wenn er so ein Gefühl hat, dann muss ich ihn auf jeden Fall darauf hinweisen: Also wenn du mit so einer Einstellung hierhergekommen bist, dann ist es besser du lässt dich nicht von mir akupunktieren. Nicht wahr, du musst dich aus tiefstem Herzen der Therapie ergeben [...] Wenn sie Zweifel haben, dann akupunktiere ich sie nicht. Ich würde dann niemals Hand anlegen.“ [CTA04, 46-54]

Therapeuten aus Argentinien und Deutschland wiesen teilweise darauf hin, dass eine positive Einstellung gegenüber der Akupunktur von Vorteil sei, aber ihre Erfahrung würde ihnen zeigen, dass auch bei skeptischen Patienten durchaus ein relevanter Therapieerfolg eintreten könne. In China und Argentinien war der Wille zur Genesung ein wichtiger Einflussfaktor der Akupunktur für die Therapeuten.

„Die Patienten müssen nicht daran glauben. Sie müssen auch nicht unbedingt sofort verpflichten, die ganze Zeit mitzumachen.“ [DTA06, 17]

„Der, der nicht glaubt und all dem ungläubig gegenüber steht, erfährt letztendlich auch einen Benefit, nicht wahr, aber vielleicht ein wenig langsamer.“ [ATA07, 31]

„Zum Beispiel die Situation des Patienten an sich, wie er zur Krankheit steht, wie seine Einstellung gegenüber seiner Erkrankung ist, das entscheidet auch über den Therapieerfolg.“ [CTA05, 32]

„[...] Wenn der Patient mit einer großen Erwartung an die Medizin herkommt, wird das bewirken, dass, und eh, in der Homöopathie sagen wir, wenn der Patient eine tiefe Bereitschaft zur Heilung aufweist (...) natürlich wird der Effekt von allem, was wir mit ihm machen, das wird ihn verbessern, denn die Heilung kommt nicht von außen nach innen, die kommt von innen nach außen.“ [ATA06, 29]

3.8.3.5 Zeit

In Deutschland und in Argentinien wurde die Zeit als wichtiger positiver Einflussfaktor gesehen. Die Bedeutung des Faktors Zeit wurde dadurch deutlich, dass sowohl von Seiten der Patienten als auch der Therapeuten eine Behandlung unter Zeitdruck sogar mitunter abgelehnt werden würden. Von den Therapeuten in China gab es keine Äußerungen bezüglich der Zeit. Patienten in China sahen die Zeit hingegen als negatives Attribut der Therapie an.

„[...] Ich weise sie darauf hin, dass sie, wenn sie zu dem ersten Termin bei mir kommen, dass sie sie zwei Stunden einplanen, dass sie ruhig herkommen ohne auf die Uhr zu sehen, denn das ist die Zeit, die wir brauchen.“ [ATA06, 21]

„[...] Aber bei der Behandlung ist dann auch, auch so viel Zeit wie notwendig, damit die Behandlung gut ist und von guter Qualität.“ [APE10, 32]

„Dass Sie nicht unter Stress stehen. Also, wenn die Termindruck haben, sagen so: ‚Ich habe nur zwanzig Minuten, machen Sie mal schnell‘, sage ich: ‚Gut, dann machen wir einen anderen Termin‘. [...] also sollte eine Ruhe herrschen und keine Hektik und Stress. Sonst wirkt es weniger gut.“ [DTA02, 24]

„Äh, dann ist das aber man muss einfach die Zeit mitbringen und warten und nicht unter Druck stehen, sonst klappt das überhaupt nicht, ne, das geht gar nicht.“ [DPE02, 49]

„Also in der Ruhephase, da wünschte ich, dass es einfach so wäre, dass man die Nadeln direkt hineinsticht, oder direkt herauszieht, und man würde gleich geheilt sein, ist das nicht so!!“ [CPE01, 52]

„Oh, was die Zeit betrifft, wenn diese kürzer sein könnte, dann wäre es natürlich besser. Natürlich. Ich finde, dass es so sein sollte, mit der Gewährleistung einer effektiven Therapiewirkung, sollte die Zeit insgesamt kürzer sein [...].“ [CPE04, 76]

3.8.3.6 Entspannung

Bei den befragten Therapeuten galt die psychische Entspannung in allen drei Ländern als wichtiger Einflussfaktor der Akupunktur. Aufgrund des invasiven Charakters der Akupunktur beherzigten die chinesischen Therapeuten die Kontraindikationen der Akupunktur und nannten die Entspannung als Voraussetzung für die Akupunktur. In Deutschland galt zudem die Ruhe im Behandlungsraum, insbesondere das Verhindern von Störungen durch Mobiltelefone als Voraussetzung für die Entspannung. Nur Patienten aus Argentinien und Deutschland gaben an, dass es von Vorteil sei, wenn man sich während der Therapie entspannen könnte.

„Weil es gelten die Regeln: Nicht zu akupunktieren sind schwer Hungernde, nicht zu akupunktieren sind stark Gesättigte, nicht wahr. Es gibt doch die fünf großen Kontraindikationen, wo es nicht erlaubt ist zu akupunktieren. Dazu zählen noch zu sehr Erschöpfte und Betrunkene und emotional Aufgebrachte und auch nach dem Geschlechtsverkehr sollte man nicht akupunktiert werden, weil da die Gefahr groß ist, dass der Patient ohnmächtig wird. Wir müssen uns alle daran halten. [...] Der zweite Punkt ist der, dass es wichtig ist, dass sich der Patient entspannt. Als Therapeut muss man den Patienten in eine Stimmungslage bringen, die sehr ruhig, sehr entspannt ist. Denn die Akupunktur ist einfach eine invasive Stimulation.“ [CTA02, 44-55]

„Ich mache es nicht immer explizit, aber ich achte darauf, dass sie während der Akupunkturbehandlung ruhig entspannt sind, dass sie Ruhe haben. Dazu gehört auch, dass ich schaue, dass das Handy aus ist. Ich möchte auch nicht, dass sie nebenher lesen. Auch dass Bekannte oder Freunde dabei sind oder meinetwegen auch die Kinder. Sie sollen in dieser Zeit für sich selber zur Ruhe kommen und nicht durch äußere Einflüsse oder durch sonstiges beeinflusst werden. Dazu gehört auch, dass sie in einer angenehmen Atmosphäre sich fühlen sollen.“ [DTA06, 19]

„Generell sage ich ihnen, dass sie nicht auf nüchternen Magen kommen sollen und dass sie nicht kommen sollen, wenn sie sehr, sehr müde sind [...] Und darüber hinaus, was man schon machen kann ist sich auszuweichen um den Status der Ausgeglichenheit beizubehalten.“ [ATA08, 23]

„[...] Aber ich hab gemerkt, dass die Wirkung, wenn es ruhig hier ist, eine andere ist.“ [DPE08, 40-55]

„Was wichtig ist, ist, dass Du dich entspannst und denkst, dass Dir das gut tut.“ [APA12, 13]

3.8.3.7 Kontinuität

Die Patienten und Therapeuten in China und Argentinien äußerten oft die Meinung, dass die Kontinuität der Behandlung Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie sei. Deutsche Therapeuten und Patienten waren nur selten dieser Meinung.

„Deswegen muss man, wenn man davon spricht, das Ziel zu erreichen, geheilt zu werden, am Ball bleiben, die Therapie lange durchhalten.“ [CPE13, 34]

„Da muss man es wirklich durchhalten, die Therapie! Erst dann können die Therapieeffekte lang anhalten!“ [CTA06, 108]

„[...] Von da an sind nun schon zehn fünfzehn Tage vergangen, und es geht mir etwas besser, aber gut, ich nehme an, dass es auf die Kontinuität der Behandlung ankommt.“ [APE14, 05]

„[...] Mit vielen Patienten ist [es so, dass sie] eine baldige Weiterführung bräuchten oder die Behandlung später wiederholen müssten.“ [API4AT03, 13]

3.9 Bewertung des Therapieerfolgs anhand der quantitativen Daten und Interviews

3.9.1 Ergebnisse der quantitativen Daten

Die quantitativen Daten beinhalten die Angabe der Schmerzstärke anhand der Numerischen Rating Skala (NRS) und die Messung des Bewegungsausmaßes anhand des CROM-Gerätes. Die Patienten sollten jeweils vor der ersten und nach der letzten Therapie zur Schmerzintensität befragt werden. In Argentinien war die Datenlage bezüglich der Werte der Schmerzintensität vollständig. In Deutschland wurde ein Patient aufgrund eines fehlenden Wertes der Schmerzstärke nach Therapie ausgeschlossen. In China wurde die Schmerzintensität bei elf Patienten erst im Verlauf der Behandlung erhoben, da sie erst im Verlauf des Behandlungszyklus rekrutiert wurden. Für die Daten der Schmerzstärke wurden in China daher diese elf Patienten ausgeschlossen. Die Reduktion der Schmerzstärke in den jeweiligen Ländern ist in Abbildung 14 dargestellt.

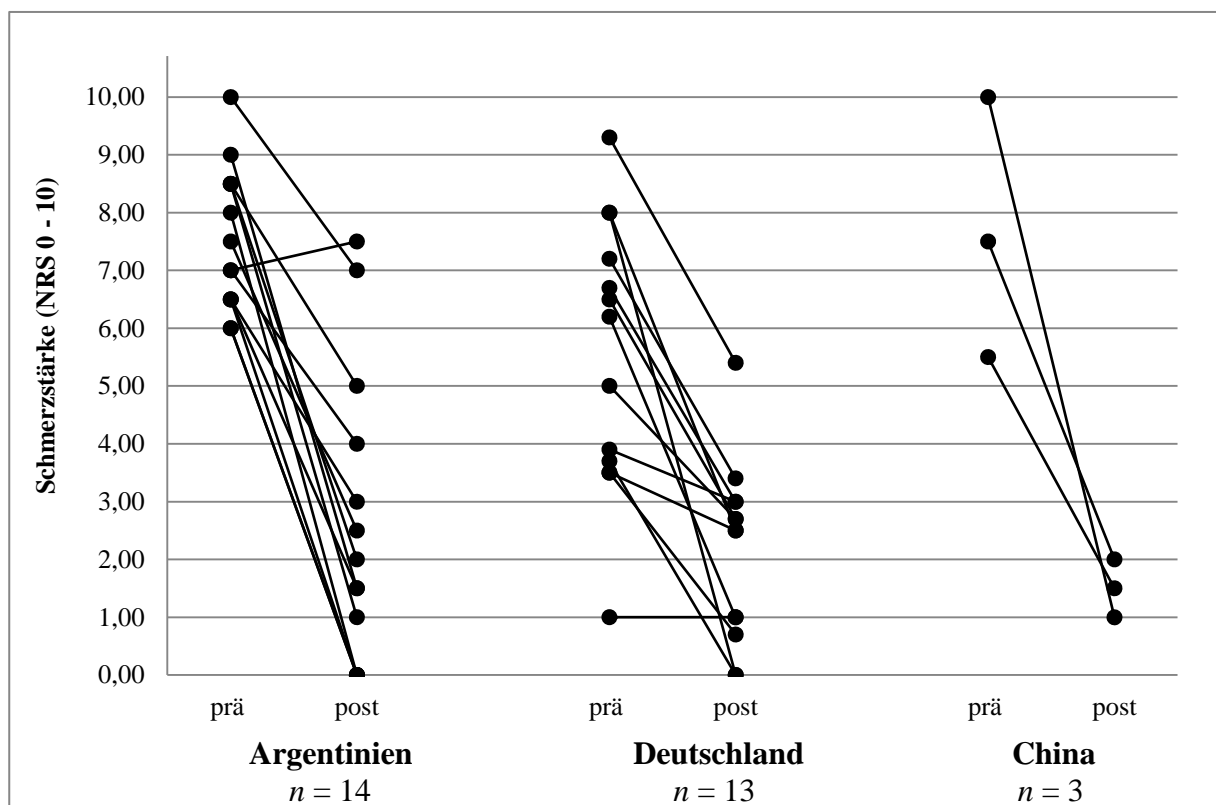


Abbildung 14. Reduktion der Schmerzstärke anhand der individuellen Werte auf der NRS (0 - 10)

In allen Ländern stellte sich in den meisten Fällen eine Schmerzreduktion anhand der angegebenen NRS-Werte dar. Nur in Argentinien gab eine Patientin eine Schmerzzunahme von 0,5 an, und in Deutschland gab es eine Patientin mit einer gleichbleibenden Schmerzstärke nach der Therapie im Vergleich zu vor der Therapie. In China reduzierte sich die Schmerzstärke gemäß der NRS-Angaben im Median von 7,5 auf 1,5, was einer Besserung von 6,0 entsprach. In Deutschland reduzierte sich die mediane Schmerzstärke von 6,2 auf 2,5, was einer Besserung von 3,7 entsprach. In Argentinien reduzierte sich die Schmerzstärke im Median von 7,25 auf 1,75, was einer Besserung von 5,5 entsprach (s. Tabelle 17).

Tabelle 17. *Mediane Verbesserung der Schmerzstärke anhand der NRS-Werte*

Mediane Schmerzstärke NRS (0 - 10)	China (n=3)	Deutschland (n=13)	Argentinien (n=14)
<i>Vorher</i>	7,50	6,20	7,25
<i>Nachher</i>	1,50	2,50	1,75
<i>Verbesserung</i>	6,00	3,70	5,50

Die CROM-Werte wurden sowohl in Deutschland als auch in Argentinien gemäß Protokoll jeweils vor der ersten und nach der letzten Therapie gemessen. In China war dies nur in drei Fällen gewährleistet. Aufgrund von Therapieabbrüchen wurden jeweils in Deutschland ein Patient und in Argentinien drei Patienten von der Auswertung der CROM-Werten ausgeschlossen. Die mediane Verbesserung der zervikalen Beweglichkeit anhand der CROM-Werte vor und nach Therapie für die drei Länder ist in Abbildung 15 dargestellt.

In den meisten Fällen ergab die CROM-Messung eine Zunahme der Beweglichkeit. Auch war in den meisten Fällen eine mediane Verbesserung oder eine gleichbleibende Beweglichkeit in den sechs Richtungen zu verzeichnen. Allein in China ergab die CROM-Messung der Rotation nach rechts eine Abnahme der zervikalen Beweglichkeit um 5° im Median.

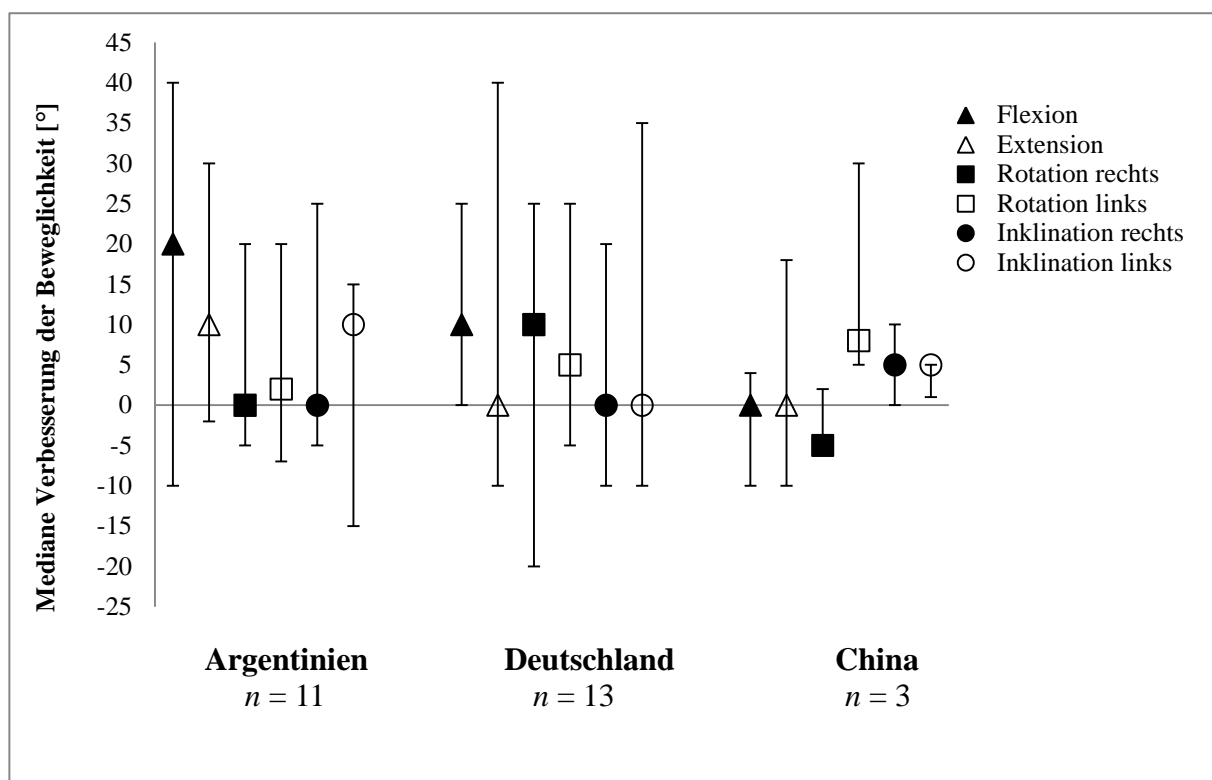


Abbildung 15. Mediane Verbesserung der zervikalen Beweglichkeit anhand der individuellen CROM-Werte

3.9.2 Bewertung des Therapieerfolgs durch die Patienten und die Therapeuten anhand der Interviews

Die Erwartungen der von uns befragten Patienten an die Akupunktur wurden in allen Ländern in den meisten Fällen erfüllt. Auch wurde die Therapie in allen Ländern in den meisten Fällen von den Therapeuten als erfolgreich bewertet.

I: „Und ja, haben sich Ihre Symptome durch die Akupunkturbehandlung wie Sie erwartet haben, gebessert?“

P: „Ja, das haben Sie. Sogar besser als ich erhofft hatte, ich habe nicht gedacht, dass es so gut sein wird.“ [CPE14, 27]

I: „Wie fühlen Sie sich jetzt?“

P: „Locker. Befreit von diesen Schulterschmerzen. Würd' sagen, passt. Bin zufrieden.“ [DPE18, 02-05]

„Es ist viel stärker gelindert worden, als ich dachte, dass man es lindern könnte.“ [APE13, 18]

„Ja, er hat keine Probleme mehr! Er ist geheilt!“ [CPI1CT04, 16]

„Also, ich bin mir auf jeden Fall sicher, dass es gelindert hat. War ja absolut überrascht, wie schnell das geholfen hat.“ [DP18DT06, 07]

„Um ehrlich zu sein, sie erscheint mir sehr gut, denn sie hat sehr gut auf die Behandlung angesprochen, was fast so ziemlich unglaublich war. Denn in sehr wenigen Sitzungen hat sie sich komplett sert.“ [AP03AT07, 05]

Insgesamt fanden sich 13 von insgesamt 42 Behandlungen, in denen sowohl der Patient als auch der Therapeut oder einer von beiden am Ende der Therapie unzufrieden mit dem Ergebnis war. Von denen fanden sich fünf Fälle in China, sechs Fälle in Deutschland und zwei Fälle in Argentinien (s. Tabelle 18).

In den 13 Behandlungen, in denen das Therapieergebnis nur teilweise oder nicht zufriedenstellend war, fanden sich unterschiedliche Erklärungen. Gemeinsam war in allen Ländern die Ansicht der Patienten und der Therapeuten, dass die Kontinuität der Akupunktur eine wichtige Rolle spiele, so dass ein unzureichendes Therapieergebnis durch eine zu kurze Behandlungsdauer begründet wurde. Besonders in China, seltener in Deutschland und Argentinien wurde seitens der Therapeuten in den nicht erfolgreichen Fällen eine Weiterführung der Therapie empfohlen. In China lag die Beendigung der Therapie häufig in familiären, beruflichen aber auch finanziellen Gründen.

„Ich werde in Zukunft bestimmt [...] noch mal irgendwann für die Akupunktur herkommen. Es ist nur, dass ich jetzt im Augenblick noch erst darüber nachdenken muss, wie ich das dann mache, finanziell gesehen! [...] [Die Beschwerden bestehen] schon länger, es kann ja nicht sein, nicht wahr, dass sie ganz schnell sozusagen geheilt werden kann. [...] Das muss halt ein langsamer Prozess sein, diese Behandlung! Deswegen muss man, wenn man davon spricht, das Ziel zu erreichen, geheilt zu werden, am Ball bleiben, die Therapie lange durchhalten, und auf die finanzielle Möglichkeit schauen.“ [CPE13, 16-34]

„Die Beschwerden haben sich schon gebessert im Gegensatz zu vorher, aber wie gesagt, reicht das von der Therapie noch nicht aus, um eine einigermaßen gute Wirkung zu sehen! Ich denke, mit der Therapie sind wir auf einem guten Weg, aber es ist oft so, dass die Patienten aus zeitlichen Gründen abbrechen müssen (...).“ [CP10CT05, 04]

„Also, ich weiß nicht, ob sechs Behandlungen einfach zu kurz dafür sind oder ja, andere Faktoren einfach noch mit reinspielen aber so ganz erfolgreich war es jetzt noch nicht.“ [DPE10, 25]

„[Gezeigt haben sich] eine Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung in einem ähm mäßigen Ausmaß, also nicht wie ich es mir normalerweise (...) aber das liegt wahrscheinlich daran, dass sie nur alle vier Wochen einmal [...] die Intervalle ein bisschen lang waren.“ [DP17DT05, 19-21]

„Nein, ja, ich glaube vielleicht, also, es kommt mir so vor, als müsste ich weitermachen, um, also, es müsste so etwas länger sein.“ [APE07, 08]

„Ich glaube, dass sie eine gute Verbesserung gezeigt hat, aber ich würde noch einige Sitzungen mehr machen [...].“ [AP07AT01, 07]

In den Fällen, bei denen die Erwartungen an die Therapie nicht oder nur teilweise erfüllt wurden, lag es in Deutschland sowie in Argentinien oft daran, dass es sich um sehr schwierige Patienten gehandelt habe, bei denen vor allem psychische Belastungen eine Rolle bei der Krankheitsursache gespielt haben. Als Empfehlung für die weiterführende Therapie wurde in diesen Fällen auf eine stärkere psychologische Betreuung hingewiesen. Die Therapeuten sahen in beiden Ländern zusätzlich eine ungünstige Einstellung der Patienten zur Therapie als hemmenden Faktor. In Deutschland ließ sich ein Fall verzeichnen, in dem die Patientin eine andere Therapie favorisieren würde. In Argentinien sei eine Patientin wohl mit der Erwartung in die Therapie gegangen, dass diese ihr nicht helfen könne. In China wurden solche psychosozialen Belastungen als Hinderungsgrund für eine erfolgreiche Akupunktur nicht genannt.

„Ja, bei ihr war ich relativ ratlos. Weil ich nicht so richtig wusste, wie ich überhaupt ne - ob ich überhaupt gut an sie ran gekommen bin. [...] aber in dem Fall hab ich mir gar nicht- hab ich mich auch relativ zurückgehalten, weil ich den Eindruck hatte, sie will lieber selber was finden, und hat sich ja dann auch auf den Weg gemacht, und hat auch irgendwann auch eine osteopathische Behandlung machen lassen. Keine Ahnung, was für einen Erfolg die gebracht hat. Ja, also ich hab eigentlich wenig intensiv therapiert. Wie gesagt, ich, kann's nicht sagen, vielleicht wenn sie mal ein bisschen übt, das war eigentlich meine Hauptempfehlung, ne.“ [DP14DT06, 11]

„Ich würde wenn bei ihr tatsächlich noch ein bisschen mehr konstitutionell vorgehen wollen, wenn sie Vertrauen dazu hat. Ähm, und zwar würd ich ihr dann auch ähm auch vielleicht mehr behandeln psychische Punkte, die vielleicht gar nicht so im Gespräch waren, noch irgendwie in die Behandlung mit hen.“ [DP21DT06, 21]

„Eh, es ist nicht so, dass es viel besser geworden ist. Man kann nicht sagen: ‚Oh, wie erstaunlich es ihm besser geht!‘ Sagen wir, er ist der komplizierteste Patient von allen Patienten mit Beschwerden in der HWS, den wir hatten. Da er diese sehr tiefe emotionale Komponente hat. Er sollte das Stück für Stück lösen. Nicht in fünf Sitzungen, man müsste ihm viel mehr Zeit widmen. [...] Wirklich, ich weiß es nicht, [...] warum er nicht die Verbesserung zeigte, die er erwartete und ebenso wir. Er hat ungefähr so einen Charakter: ‚Das geht nicht gut, das wird mir nicht gelingen, das hilft mir nicht, weil ich kann nicht genesen‘.“ [AP04AT01, 07-09]

Eine Besonderheit stellte die Meinung der deutschen Therapeuten dar, dass das Therapieergebnis nicht direkt nach der Akupunktur beurteilt werden könne, da eine endgültige Besserung erst mit einer zeitlichen Verzögerung bis zu einigen Monaten zu beobachten sei. Auch wurde in Deutschland als einziges Land von einer Akupunktur abgeraten, wenn diese zuvor nicht den erwarteten Erfolg brachte. Stattdessen empfahlen sie andere Maßnahmen hinsichtlich einer aktiven Veränderung im Alltag, wie mehr Bewegung und bessere Ergonomie.

„Das [Thapieergebnis] kann ich erst richtig beurteilen, wenn ich sie zum Beispiel in einem halben Jahr wiedersehe und frage: ‚Wie ist es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen?‘ Ist insgesamt eine Verbesserung vorhanden oder nicht. Manchmal muss man bisschen Abstand davon gewinnen und das der Patientin auch sagen: ‚Alles ist noch zu frisch. Jetzt ist es besser. Ist es davon, ist es nicht davon?‘ Wenn’s besser geht: ‚Wie lange hält das an?‘ und so weiter und so fort. Bei ihr habe ich so eher ein gemischtes Gefühl.“ [DP10DT02, 27]

T: „Bei Frau XXX hätte ich eher eine positive Wirkung [...] erwartet. Ob das tatsächlich auch eintritt, äh, da habe ich noch keine eindeutige Aussage von ihr bekommen. Wir sind so verblieben, dass ich sage, ok, warten wir eine Weile ab und ich werde auf sie zurückkommen und noch mal nachfragen, wie es ihr geht. [...] ich sage immer, man sollte das Ergebnis nicht nach kurzem Abstand beurteilen, sondern ich erwarte zwar, dass ein positiver Effekt da ist, aber dieser positive Effekt kommt oftmals nach einer gewissen Latenzzeit.“

I: „Wie lange kann die dauern?“

T: „Unterschiedlich. Drei Wochen. Vier Wochen. Und dann kann das lange, lange Zeit anhalten. Ne häufige Beobachtung.“ [DP13DT02, 13-17]

„Allerdings muss man sehen, wie oft hat sie es [Akupunktur] gehabt und wie reagiert sie darauf. Wenn sie es schon fünfmal gehabt hat und sagt: ‚Ja, die fünf Mal haben bei mir überhaupt nichts bewirkt und ich hab überhaupt nichts Positives erfahren‘, dann ist sie wohl nicht für diese Therapieart geeignet. Dann würde ich andere Maßnahmen probieren.“ [DP10DT02, 33]

Tabelle 18. Anzahl der Behandlungen, in denen angegeben wurde, dass die Erwartung an die Akupunktur von Patient und oder Therapeut erfüllt, teilweise oder nicht erfüllt wurde. Dargestellt für die drei Länder

Erwartung	China		Deutschland		Argentinien	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
<u>Erfüllt</u>	<i>CP01</i>	<i>CP01CT04</i>	<i>DP02</i>	<i>DP02DT01</i>	<i>AP01</i>	<i>AP01AT04</i>
	<i>CP02</i>	<i>CP03CT02</i>	<i>DP05</i>	<i>DP05DT04</i>	<i>AP03</i>	<i>AP02AT06</i>
	<i>CP03</i>	<i>CP04CT01</i>	<i>DP06</i>	<i>DP06DT04</i>	<i>AP06</i>	<i>AP03AT07</i>
	<i>CP04</i>	<i>CP05CT03</i>	<i>DP08</i>	<i>DP08DT02</i>	<i>AP08</i>	<i>AP06AT04</i>
	<i>CP06</i>	<i>CP07CT01</i>	<i>DP15</i>	<i>DP15DT06</i>	<i>AP09</i>	<i>AP07AT01</i>
	<i>CP07</i>	<i>CP11CT04</i>	<i>DP18</i>	<i>DP18DT06</i>	<i>AP10</i>	<i>AP08AT04</i>
	<i>CP11</i>	<i>CP12CT04</i>	<i>DP19</i>	<i>DP19DT06</i>	<i>AP13</i>	<i>AP09AT04</i>
	<i>CP12</i>	<i>CP14CT05</i>		<i>DP20DT06</i>	<i>AP15</i>	<i>AP10AT08</i>
	<i>CP14</i>					<i>AP11AT03</i>
						<i>AP13AT05</i>
						<i>AP14AT03</i>
						<i>AP15AT10</i>
	<i>n=10</i>		<i>n=8</i>		<i>n=12</i>	
<u>Teilweise erfüllt</u>	<i>CP08</i>	<i>CP06CT02</i>	<i>DP13</i>	<i>DP10DT02</i>	<i>AP07</i>	
	<i>CP09</i>	<i>CP08CT02</i>	<i>DP17</i>	<i>DP13DT02</i>		
	<i>CP10</i>	<i>CP09CT05</i>	<i>DP20</i>	<i>DP17DT05</i>		
	<i>CP13</i>	<i>CP10CT05</i>	<i>DP21</i>			
	<i>n=5</i>		<i>n=5</i>		<i>n=1</i>	
<u>Nicht erfüllt</u>			<i>DP10</i>	<i>DP14DT06</i>	<i>AP04</i>	<i>AP04AT01</i>
			<i>DP14</i>			
	<i>n=0</i>		<i>n=2</i>		<i>n=1</i>	

Weiterführende Empfehlungen der Therapeuten

Die Konstanz der Akupunktur spielte in allen Ländern nicht nur in den Fällen mit einem nicht zufriedenstellenden Therapieergebnis eine wichtige Rolle. In China wurden insgesamt zehn Patienten und in Deutschland sowie in Argentinien jeweils drei Patienten die Weiterführung der Therapie zur Ergebnisoptimierung empfohlen. In China gab es eine Therapeutenaussage, die auf eine Halbwertszeit der Akupunkturwirkung schließen lässt.

„Sie sollte eigentlich noch länger die Therapie durchhalten, so dass der Effekt länger anhält, aber da muss die Patientin selber schauen, wann sie Zeit hat.“ [CP14CT05, 04]

„Hmm, prognostisch und die orthopädische Situation wird man ohne permanent daran zu arbeiten nicht das halten können.“ [DP02DT01, 05]

„Eh, ich glaube, dass PA6 noch nicht ganz entlassen gehört. [...] er hatte noch nicht eine definitive Entlassung. Wir haben das gemacht, um jetzt einen Abschluss zu machen, aber [...] er muss sehen.“ [AP06AT04, 05-15]

„Außerdem habe ich ihm empfohlen die Behandlung weiterzuführen, denn am Anfang hält die Akupunktur nur eine gewisse Zeit von fünf bis sechs Stunden an, um einen längerfristigen Erfolg zu haben, muss man schon länger bei der Therapie bleiben.“ [CP13CT04, 37]

Den Interviews zufolge müsse die Therapie in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, um eine langanhaltende Wirkung der Akupunktur zu erzielen. Im Sinne einer Prophylaxe und Stabilisierung des Therapieergebnisses wurden jeweils drei Patienten in China und einem Patienten in Deutschland sowie acht Patienten in Argentinien die Wiederholung der Therapie in einem zeitlichen Abstand von drei bis sechs Monaten empfohlen.

„[...] Außerdem würde ich ihnen empfehlen (...) also auch wenn sie jetzt zwar keine Beschwerden mehr hat, dass sie nach einiger Zeit, zum Beispiel nach ein bis zwei Monaten, oder maximal nach einem halben Jahr, dass sie nochmal herkommt zur Akupunktur, also als eine Art Prophylaxe sozusagen! Genau.“ [CP03CT02, 38]

„Das heißt, ähm, bei ihm sehe ich ihn nicht so, dass es ein langfristiger Erfolg ist wie bei anderen Patienten, sondern ich muss ihn immer wieder mal behandeln, damit er wenigstens für ein paar Tage wieder ein bisschen eine Besserung hat.“ [DP15DT06, 05]

„Und in einigen Wochen oder Monaten [sollte die Patientin] wiederkommen, um zu sehen, wie man sie etwas stärken kann (...) einige weitere Sitzungen, so um zu sehen, wie sie sich entwickelt, wie es so läuft. Und wenn der Schmerz wieder anfängt, eine weitere kürzere Behandlung zu machen so um sie zu stärken.“ [AP03AT07, 13]

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie konnten eine Reihe unterschiedlicher Charakteristika der Akupunktur in der Behandlung von HWS-Syndrom anhand des interkulturellen Vergleichs zwischen China, Deutschland und Argentinien identifiziert werden. Im Folgenden werden die im Ländervergleich herausgearbeiteten Unterschiede der Kategorien für jedes untersuchte Land als eine Geschichte aus Sicht des Patienten und Therapeuten erzählt. Zunächst wird jeweils der rote Faden der Geschichte dargelegt, es folgen dann die Geschichten, aus denen die spezifischen Charakteristika der untersuchten Länder hervorgehen.

Roter Faden der Geschichte (story line)

Patient: Die von uns untersuchten Patienten entscheiden sich aus verschiedenen Gründen für die Akupunktur. Dabei spielen die Vorbehandlungen und deren Bewertung, die Ursache der Erkrankung sowie die ihnen zu Verfügung stehenden Informationsquellen eine Rolle. Das Theorie- und Glaubensmodell der Akupunktur variiert in den untersuchten Kulturen. Es stützt sich auf das jeweilige Verständnis des Wirkmechanismus der TCM sowie auf die für wichtig angesehenen Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Akupunktur. Abhängig von den vorherrschenden Rahmenbedingungen und Strukturen des Gesundheitssystems und abhängig vom jeweiligen Verständnis des Behandlungskonzeptes nimmt die Akupunktur in den untersuchten Kulturen jeweils eine unterschiedliche Rolle im Gesundheitssystem ein. Die Erwartung an die Akupunktur und die Praxis der Behandlung unterscheiden sich in den untersuchten Ländern. Das Therapie-Outcome wird in Abhängigkeit von der Erwartung und der Praxis bewertet.

Therapeut: Der Therapeut entscheidet sich auch aus unterschiedlichen Gründen für das Erlernen und Praktizieren der Akupunktur. Sie nimmt für ihn jeweils eine unterschiedliche Rolle in seinem Behandlungskonzept ein. Insbesondere variiert die Ansicht bezüglich der Ursache der Erkrankung in der Behandlung von HWS-Syndrom. Anhand der vorliegenden Studie konnten wesentliche Unterschiede in der Praxis der Akupunktur erfasst werden. Anhand der Praxis werden zudem die Unterschiede hinsichtlich des Verständnisses der TCM Theorie sowie die für wichtig angesehenen Einflussfaktoren der Akupunktur deutlich. In den Fällen, in denen die Akupunktur keinen ausreichenden Erfolg erbracht hat, wird in allen untersuchten Ländern die fehlende Kontinuität der Therapie kritisiert. Zuletzt unterscheiden sich die Äußerungen der Therapeuten in den untersuchten Ländern bezüglich der zukünftigen Entwicklung der Akupunktur hinsichtlich der Notwendigkeit für wissenschaftliche Forschung im Bereich der Akupunktur und hinsichtlich Änderungen in den jeweiligen Gesundheitssystemen.

Der chinesische Patient

Der chinesische Patient sieht die Ursache seiner Beschwerden vor allem in physischen Faktoren wie einer langjährigen berufsbedingten Fehlhaltung. Bevor der Patient zur Akupunktur kommt, werden oftmals andere Verfahren der TCM ausprobiert, die jedoch schmerzhaft waren oder nicht gewirkt haben. Konventionelle Therapien werden kaum aufgesucht, da diese als unwirksam in der Behandlung von HWS-Syndrom angesehen werden. Der Patient entscheidet sich sehr schnell für eine Behandlung mit Akupunktur. Es ist bekannt, dass die Akupunktur bei solchen Beschwerden wie die des HWS-Syndroms eine gute Behandlungsmöglichkeit darstellt. Nur manchmal stellt die Angst vor Nadeln eine Hürde dar, rechtzeitig zur Akupunktur zu kommen. Für die Wahl der Akupunktur Klinik beziehungsweise des Therapeuten stellt neben guten Vorerfahrungen, Empfehlungen von Freunden und Familie vor allem der jeweilige Bekanntheitsgrad das Hauptkriterium für den Patienten dar. Die Akupunktur besitzt als Therapie den Vorteil, dass sie wenig Nebenwirkungen verursacht sowie sehr schnell und direkt am Ort der Erkrankung wirkt und die Wurzel des Problems beseitigen kann. Die Wirkung der Akupunktur wird der ihr zugrunde liegenden Theorie der TCM zugeschrieben, die vor allem durch die tiefe Verwurzelung in der Kultur und Alltagssprache sehr präsent ist. Wichtige Einflussgrößen stellen vor allem der Bekanntheitsgrad und die Fähigkeiten des Therapeuten dar, seine Akupunkturtechnik, das De Qi sowie eine gute Arzt-Patienten-Beziehung. Der Patient sieht die Akupunktur als Teil der TCM an und diese wiederum als eigenständige Disziplin neben der westlichen Medizin. Die Entscheidung für eines der beiden Verfahren ist abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild. Der Patient hat eine hohe Erwartung und glaubt stark an die Wirksamkeit der Akupunktur. Die Patienten setzen Professionalität, Erfahrung und eine gute Akupunkturtechnik des Therapeuten voraus. Bezüglich der Akupunktur an sich kritisieren die Patienten oftmals das hohe Patientenaufkommen, was sich in lange Wartezeiten niederschlägt. Am Ende der Therapie ist der Patient in den meisten Fällen zufrieden, was auch die quantitativen Daten bestätigen.

Der chinesische Therapeut

Der Therapeut in China studiert die Akupunktur entweder aus Interesse oder weil es sich nach dem Schulabschluss ergeben hat. Die Akupunktur gilt für ihn als ein Teil der TCM und diese wiederum als eine eigenständige Disziplin neben der konventionellen Medizin. Es werden oft verschiedene Verfahren der TCM parallel angewendet. Der Therapeut in China sieht die Ursachen der HWS-Beschwerden seines Patienten vorwiegend in langwierigen degenerativen Prozessen und kann das HWS-Syndrom sowohl TCM-Syndromen als auch verschiedenen anatomisch orientierenden Formen zuordnen. Er ist in seiner Diagnostik und Therapie ganz von der Theorie der TCM geleitet. In der Praxis hat er jedoch mit einem hohen Patientenaufkommen zu kämpfen. Unter diesen Umständen ist eine individualisierte Medizin schwer zu realisieren. Im Allgemeinen variiert die Akupunkturbehandlung bei HWS-Syndrom nicht stark und richtet sich nach den Symptomen des Patienten. Der Patient wird nach eingehender Diagnostik über die Indikation der Akupunktur aufgeklärt. Es werden vergleichsweise viele Nadeln bei zugleich kürzerem Arzt-Patienten Kontakt benutzt. Der Therapeut ist zuversichtlich gegenüber seiner Akupunkturbehandlung, sieht aber die Einstellung des Patienten als eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis an. Zudem spielt eine gute Arzt-Patienten-Beziehung sowie Empfehlungen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils eine wichtige Rolle. Bei nicht zufriedenstellenden Therapieergebnissen gilt die fehlende Kontinuität der Therapie als Ursache. Für die bessere Integration in die konventionelle Medizin und für ein besseres Verständnis der Wirkmechanismen setzt sich der Therapeut für mehr Forschung ein.

Der deutsche Patient

Der Patient in Deutschland sieht seine Krankheitsursachen in physischen und psychosozialen Faktoren. Vor der Akupunktur werden eine Reihe konventioneller Maßnahmen, vor allem die Physiotherapie in Anspruch genommen, die jedoch keine zufriedenstellenden Ergebnisse gebracht haben. Kritisiert werden vor allem ihre Unwirksamkeit, die Nebenwirkungen und der unpersönliche Umgang durch die Therapeuten. Der Patient möchte die Therapiemethode erhalten, die für ihn am wirksamsten ist. Dabei wird seine Entscheidung hinsichtlich der Akupunktur durch positive Vorerfahrungen und typischerweise durch die Empfehlung ihrer eigenen Therapeuten gelenkt. Die Akupunktur wird vom Patienten selbst mitunter gar nicht als Option angesehen, da er diese Möglichkeit im Vorfeld nicht kannte. Die Entscheidung für die Wahl des Therapeuten richtet sich beim deutschen Patienten nach dem Grad des Vertrauens. Dieses besteht bereits von Beginn an, da es sich meist um den eigenen bekannten Hausarzt handelt. In manchen Fällen wird die Akupunktur als alternative Heilmethode aufgrund von allgemeinen Lebensüberzeugungen begrüßt. Der Wirkmechanismus der Akupunktur ist weniger bekannt. Der Patient hat jedoch mitunter gar nicht den Anspruch, diesen zu kennen. Wichtige Einflussgrößen stellen für ihn die Kommunikation, die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und die in Anspruch genommene Zeit für die Akupunktur dar. Die Akupunktur wird aufgrund ihrer Natürlichkeit und Ganzheitlichkeit geschätzt und als hoffnungsvollere Therapie angesehen. Die Akupunktur wird oft als Ergänzung zu anderen Therapiemaßnahmen, insbesondere zur Physiotherapie gesehen. Der Patient erwartet vom Therapeuten Fachkompetenz, Aufmerksamkeit und Zuwendung auf gleicher Augenhöhe. Von der Therapie erwartet sich der Patient eine Besserung seiner Beschwerden. Er steht ihr offen aber auch skeptisch gegenüber. In den meisten Fällen wird das Therapieergebnis als erfolgreich bewertet, was auch die quantitativen Daten zeigen.

Der deutsche Therapeut

Der deutsche Therapeut entscheidet sich zum Studium der Akupunktur aufgrund seiner Unzufriedenheit mit der konventionellen Medizin und aus einer Überzeugung von einer ganzheitlichen Medizin heraus. Der Therapeut erkennt die Grenzen der konventionellen Medizin und sieht die Akupunktur in Abhängigkeit von der Person des Patienten als gute Ergänzung zu anderen Verfahren. In seinem Therapiekonzept macht die Summe unterschiedlicher Verfahren das Ergebnis aus. Er sieht die Ursachen von HWS-Beschwerden sowohl in physischen als auch psychosozialen Faktoren, auf die er mittels Akupunktur eingeht. In den meisten Fällen handelt es sich um den eigenen bekannten Patienten. Nach der Befragung zu aktuellen Beschwerden wird die eigentliche Akupunktur anhand der Theorie der TCM durchgeführt. Sie stellt für den Therapeuten in Deutschland eine Abwandlung der eigentlichen TCM-Theorie dar. Der Wirkmechanismus der Akupunktur wird nicht vollständig der Theorie der TCM zugeschrieben. Es werden zusätzlich naturwissenschaftliche Erklärungsmodelle hinzugezogen, um die Wirkung zu erklären. Eine wichtige Einflussgröße stellt die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung dar, die auf einer eingehenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient und auf dem Glauben an die Akupunktur beruht. In den Fällen mit einem unzureichenden Therapieergebnis wird von den Therapeuten darauf hingewiesen, dass die Wirkung womöglich einige Zeit auf sich warten lässt. Außerdem könne es an dem Patienten selber liegen, der nicht als geeigneten „Typ“ für die Akupunktur angesehen wird. Der Therapeut kritisiert die Anwendungseinschränkungen der Akupunktur im aktuellen Gesundheitssystem, was dazu führe, dass Patienten nur dann zur Akupunktur kommen, wenn die Krankenkassen die Kosten übernehmen.

Der argentinische Patient

Der argentinische Patient sieht neben körperlichen Belastungen psychische und berufliche Stressfaktoren als Hauptursachen seiner Beschwerden an. Zudem gelten frühere fehlgeschlagene Behandlungsverfahren mitunter als Ursache für die Schwere seiner Beschwerden. Der Patient durchläuft oft einen langen frustrierenden Weg, auf dem sowohl konventionelle als auch alternative Maßnahmen wie die Homöopathie und Kinesiologie keine anhaltende Linderung gebracht haben. An der konventionellen Medizin kritisiert der Patient ihre Unwirksamkeit, Grenzen und insbesondere die Nebenwirkungen von Medikamenten. Hohe Kosten, die mit konventionellen Verfahren verbunden sind, sowie der unpersönliche Umgang mit dem Patienten stellen weitere Kritikpunkte dar. Der Patient wendet sich daraufhin aktiv von der konventionellen Medizin ab und sucht nach Alternativen. Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur stellen vor allem Empfehlungen von Freunden und Familie dar. Der Patient fürchtet bei der Wahl eines Therapeuten, an einen „Scharlatan“ zu geraten. Bei der Entscheidung hinsichtlich der Akupunktur legt er deswegen umso größeren Wert auf eine vertrauens-erweckende Umgebung sowie fachliche Kompetenz des Therapeuten. Die Akupunktur sieht er im Gegensatz zu den Maßnahmen, die er vorher probiert hat, als hoffnungsvoller an und schätzt insbesondere ihren ganzheitlichen Ansatz. Hinsichtlich des Verständnisses über den Wirkmechanismus sind für den argentinischen Patienten zum Beispiel Akupunkturpunkte und Chakras mitunter gar nicht zu unterscheiden. Trotz geringer Kenntnis über das Theoriemodell der TCM hat der argentinische Patient großes Vertrauen in diese Therapie. Der Patient sieht die Akupunktur als Teil eines Behandlungskonzeptes mit verschiedenen Behandlungsmaßnahmen, so dass in Hinblick auf das Therapieergebnis nicht das gesamte Vertrauen auf die Akupunktur gestützt wird. Erwartet werden trotzdem die Besserung der Beschwerden und insbesondere eine Arzt-Patienten-Beziehung, die auf einen „liebvollen“ Umgang beruht. Solch eine Arzt-Patienten-Beziehung wird auch als wichtiger Einflussfaktor für die Akupunktur angesehen. Die meisten Patienten sind mit dem Therapieergebnis zufrieden, was sich auch anhand der quantitativen Daten zeigen lässt.

Der argentinische Therapeut

Der argentinische Therapeut entscheidet sich für das Studium der Akupunktur, da er die Grenzen der konventionellen Medizin erkennt und die Ganzheitlichkeit und Spiritualität vermisst. Er stellt die Bedeutung einer multimodal ausgerichteten Behandlung heraus, in dem sich ein Therapeutenteam um ein ganzheitliches Verständnis des Patienten im Sinne des biopsychosozialen Modells bemüht. Die Ursache der Beschwerden der HWS-Patienten wird vor allem in psychosozialen Belastungen gesehen. In der Therapie werden konventionelle Vorgehensweisen genauso wie alternativmedizinische Aspekte zusammengeführt und umgesetzt. Die Diagnostik und Therapie sind stark individualisiert und werden durch Zuhilfenahme des Ryoduraku Gerätes unterstützt. Charakteristisch ist eine eingehende TCM-Anamnese, die bis zu zwei Stunden Zeit in Anspruch nimmt. Diesem ausführlichen Gespräch wird bereits eine eigene therapeutische Wirkung zugeschrieben. Der Glaube an die Akupunktur stellt eine wichtige aber keine essentielle Voraussetzung für die Akupunktur dar. Der argentinische Therapeut sieht die Wirkung der Akupunktur vor allem in einer Anregung der Selbstheilungskräfte. Ihm sind vor allem die Basiskenntnisse der Theorie der TCM wichtig, das tiefere Verständnis würde sich aus der klinischen Erfahrung ergeben. Die Fälle mit einem unzureichenden Therapieergebnis werden zum einen durch die noch nicht ausreichende Therapiedauer und zum anderen dadurch begründet, dass es sich in den Fällen um äußerst schwierige psychisch überlagerte Patienten handelte. Für den argentinischen Therapeut spielt die wissenschaftliche Erforschung der Wirkmechanismen der Akupunktur eine große Rolle. Nur so könne sie tatsächlich verstanden und optimal genutzt werden.

Konzeptualisierung und Bildung der Kernkategorien

Die im Ergebnisteil aufgeführten Kategorien werden nun miteinander in Beziehung gesetzt. Anhand des Ländervergleichs und der Darstellung der Ergebnisse des Untersuchungsgegenstandes der Akupunktur in der Behandlung von HWS-Syndrom in Form der oben aufgeführten Geschichten können nun drei Kernkategorien formuliert werden: Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur, Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur sowie die Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem. Im Folgenden wird ein Konzept der Zusammenhänge zwischen diesen Kernkategorien anhand eines Modells aufgestellt und erläutert. Das Modell betrachtet neben den Kernkategorien zudem den Aspekt der Erwartung an die Akupunktur und der Praxis der Therapie (s. Abbildung 16). Zusammenfassend werden die Kernkategorien durch die Faktoren bestimmt, die im Modell als Kästchen unter der jeweiligen Kernkategorie dargestellt sind. Diese Faktoren stützen sich auf die Kategorien im Ergebnisteil, die anhand des Ländervergleichs ausgearbeitet wurden. Im Folgenden werden zunächst die drei Kernkategorien mit ihren Einflussfaktoren dargestellt. Anschließend wird die Beziehung zwischen den Kernkategorien, im Modell dargestellt als zweiseitige Pfeile, erläutert. Schließlich werden die Aspekte der Erwartung und der Durchführung in den Kontext der Kernkategorien gebracht sowie ihre Beziehung zueinander diskutiert.

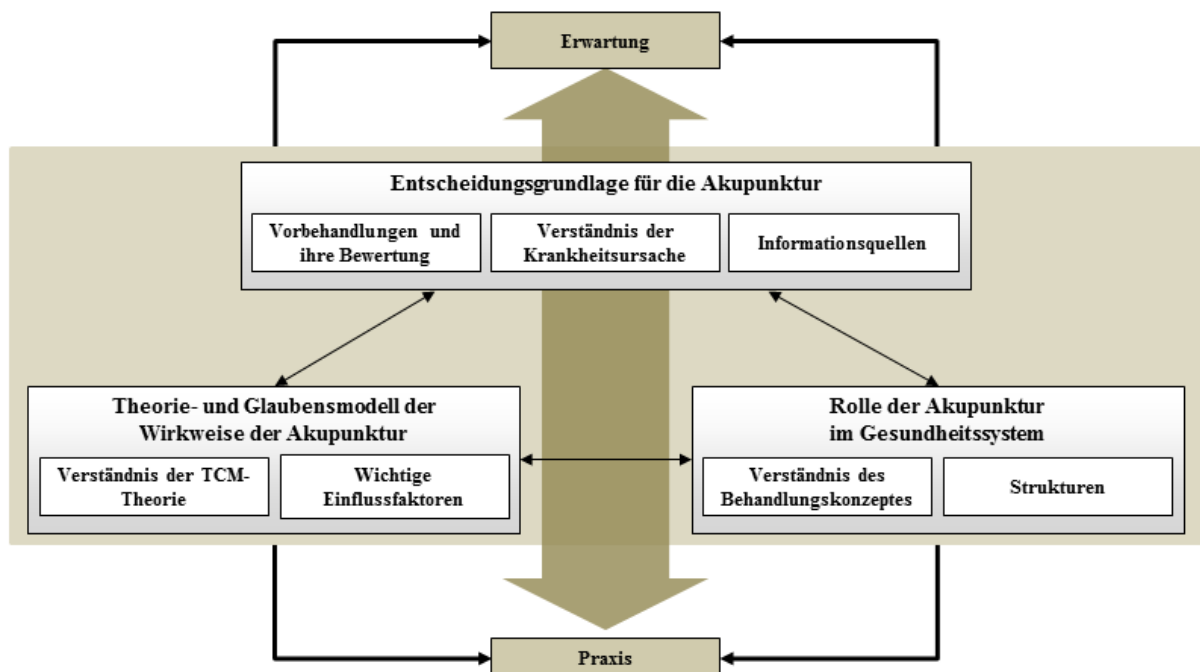


Abbildung 16. Modell über den Zusammenhang zwischen den drei Kernkategorien und ihren Einflussfaktoren sowie die Beziehung zwischen der Erwartung an die Akupunktur und ihre Durchführung im Kontext der Kernkategorien

Als Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur dienen dem Patienten seine unterschiedlichen Vorbehandlungen und ihre Bewertung, sein Verständnis von der Krankheitsursache sowie die ihm zur Verfügung stehenden Informationsquellen über die Akupunktur. So könnte ein Patient negative Erfahrungen mit herkömmlichen Vorbehandlungen gemacht haben, von denen er sich nun entfernt. Diese negativen Erfahrungen könnten zu der Entscheidung führen, eine alternative Behandlungsmethode, beispielsweise die Akupunktur, aufzusuchen. Auch positive Erfahrungen könnten als Entscheidungsgrundlagen dienen: So würde sich ein Patient nach einer positiven Erfahrung mit der Akupunktur wieder für die Akupunktur entscheiden. Das Verständnis der Krankheitsursache kann ebenfalls als Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur dienen: Der Akupunktur werden Heilungserfolge für bestimmte Krankheitsursachen zugeschrieben. Schreibt der Patient seiner Krankheit solch eine Ursache zu, so würde sich der Patient eher für die Akupunktur entscheiden. Ein Patient könnte der Akupunktur z.B. die Charakteristik eines ganzheitlichen Ansatzes zuschreiben. Bestehen für den Patienten sowohl physische als auch psychische Krankheitsursachen, so ist es wahrscheinlicher, dass der Patient einen ganzheitlichen Therapieansatz schätzt und sich für die Akupunktur entscheidet. Hierbei wird bereits der Zusammenhang zwischen den zwei Kernkategorien Entscheidungsgrundlage, hier speziell das Verständnis der Krankheitsursache, und Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur, hier speziell die Ansicht des Patienten, dass die Akupunktur durch ihre Ganzheitlichkeit Therapieeffekte erzielt, deutlich. Die Kernkategorie des Theorie- und Glaubensmodells sowie der Zusammenhang zwischen den beiden Kernkategorien werden im folgenden Absatz noch näher erläutert. Der dritte Aspekt, der eine Rolle bei der Entscheidung für die Akupunktur spielt, sind die Informationsquellen, durch die der Patient von der Akupunktur als Therapiemethode erfährt. Diese Informationen über die Akupunktur sind vor allem in China weit verbreitet und in der chinesischen Kultur verankert. Dies könnte der Grund dafür sein, weshalb sich der chinesische Patient oft schneller und ohne Vorbehandlungen für die Akupunktur entscheidet.

Die Kernkategorie Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur bezieht sich auf das subjektive Verständnis des Patienten vom Wirkmechanismus der Akupunktur. Das Theorie- und Glaubensmodell des Patienten leitet sich zum einen von seinem Verständnis von der TCM-Theorie ab und zum anderen von weiteren Faktoren, die nach Meinung des Patienten ebenso einen Einfluss auf den Therapieeffekt der Akupunktur haben. Diese Faktoren lassen sich in nadel-spezifische, therapie-spezifische sowie Kontextfaktoren einteilen. Abbildung 17 zeigt die anhand des Ländervergleichs dieser Studie identifizierten wichtigen Einflussfaktoren.



Abbildung 17. Die identifizierten wichtigen Einflussfaktoren, die das Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur ausmachen

Die dritte Kernkategorie bezieht sich auf die unterschiedliche Rolle, die die Akupunktur für den Patienten im Gesundheitssystem einnimmt. Der Unterschied in der Rolle lässt sich zum einen auf die unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems der Länder zurückführen. So unterscheidet sich das Gesundheitssystem in China von denen der anderen Kulturen dahingehend, dass die TCM in China als eigenständige Größe neben der konventionellen Medizin ausgeführt wird. Auch unterscheidet sich die Ausbildungsmodalität der Therapeuten in den untersuchten Ländern hinsichtlich der Akupunktur. In China wird die Akupunktur von TCM Ärzten durchgeführt, die ein fünfjähriges Studium in TCM und Akupunktur absolviert haben. In der vorliegenden Studie wird die Akupunktur in Deutschland und Argentinien von Ärzten der konventionellen Medizin durchgeführt, die nach Abschluss der konventionell-medizinischen Ausbildung eine Weiterbildung in Akupunktur über einige hundert Stunden abgelegt haben. Die Rolle der Akupunktur unterscheidet sich zwischen den Ländern zum anderen auch dahingehend, dass die Akupunktur unterschiedlich stark und auf unterschiedliche Art und Weise in ein Behandlungskonzept der herkömmlichen konventionellen Therapie integriert wird. In China stellt die Akupunktur eine von vielen Methoden der TCM dar, die alle nach den Regeln der TCM-Theorie angewendet werden. Diese werden meistens auch gemeinsam genutzt. Beispielsweise wird die Akupunktur häufig in Verbindung mit der chinesischen Arzneimitteltherapie eingesetzt. Im Zentrum stehen der Patient und die TCM-Diagnose. Die Akupunktur stellt lediglich eine Methode dar, um nach der TCM Theorie auf den Patienten einzuwirken. Eine gemeinsame Nutzung der Methoden der TCM und der konventionellen Medizin wurde in den untersuchten Fällen nicht praktiziert. In Deutschland stellt die Akupunktur eine ergänzende Behandlung zu den konventionellen Therapien dar. Hier wird der Gesamtbehandlungseffekt vor allem der additiven Wirkung mehrerer Therapien zu-

geschrieben. In Argentinien wird der Patient von mehreren Ärzten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes gemeinsam behandelt, in dem sowohl konventionelle als auch komplementäre Methoden genutzt werden. Das unterschiedliche Verständnis des Behandlungskonzeptes ist wiederum abhängig vom Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur.

Wie das Modell verdeutlicht, besteht ein Zusammenhang zwischen der Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur und dem Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur. Ein Beispiel des Zusammenhangs wurde bereits im vorigen Abschnitt dargestellt: Stimmt das Verständnis eines Patienten über die Wirkweise einer Therapie und sein Verständnis von seiner Krankheitsursache überein, könnte diese Therapie und seine Krankheitsursache als aufeinander zugeschnitten wahrgenommen werden. Auf dieser Grundlage könnte sich der Patient für diese Therapie entscheiden. Dieser Zusammenhang lässt sich noch deutlicher an länderspezifischen Beispielen aufzeigen: Zum Beispiel zählt für chinesische Patienten vor allem die lokale Veränderung an der HWS aufgrund einer langjährigen Fehlbelastung zur Hauptursache der Beschwerden. Für den chinesischen Patienten hat die Akupunktur den Vorteil, dass sie schnell und direkt am Ort der Erkrankung wirkt, wodurch die Akupunktur mit dieser Charakteristik eine passende Therapiemethode bei der genannten Krankheitsursache darstellt. In Argentinien und Deutschland spielen bei der Krankheitsursache vermehrt psychische Belastungen eine Rolle. Für diese Patienten sind Fürsorge und Geborgenheit wichtige Faktoren in der Wirkweise der Akupunktur, sodass auch hier diese Charakteristika der Akupunktur zu der genannten Krankheitsursache passen. Der Zusammenhang zwischen den zwei Kernkategorien lässt sich auch dadurch zeigen, dass das Theorie- und Glaubensmodell von den Informationsquellen beeinflusst und gebildet wird, da diese Informationsquellen die Akupunktur z.B. in ihrer Wirkweise beschreiben und erklären.

Auch wird im Modell ein Zusammenhang zwischen der Entscheidungsgrundlage und der Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem postuliert. Je nachdem ob die Akupunktur eine größere oder geringere Rolle im Gesundheitssystem spielt, fällt die Entscheidung für die Akupunktur schneller oder zurückhaltender. Abhängig von dem Informationsgehalt der Informationsquellen über die Akupunktur und abhängig von dem Verständnis der Krankheitsursache, ändert sich wiederum die Rolle, die die Akupunktur für den Patienten im Gesundheitssystem spielt. So wird der Akupunktur bei unterschiedlichen Krankheitsursachen und Diagnosen zum Beispiel eine ergänzende oder eine überlegende Rolle verliehen.

Der Zusammenhang zwischen dem Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur und der Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem lässt sich durch das folgende Beispiel illustrieren: Ist die Wirkweise der Akupunktur eher unbekannt, wird der Akupunktur eher ein niedriger Stellenwert zugeschrieben. Liegt dagegen ein besseres Kenntnis über die TCM-Theorie vor, wie es vergleichsweise insbesondere bei den chinesischen Patienten der Fall ist, wird der Akupunktur eher eine größere Rolle zugeschrieben. Andersherum bedingt die Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem wiederum das Verständnis der Wirkweise der Akupunktur. Handelt es sich wie in China um eine der konventionellen Medizin ebenbürtige Methode, so stützt sich das Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur entsprechend stark auf die der Akupunktur zugrunde liegenden TCM-Theorie. Stellt die Akupunktur nur eine Ergänzung zur konventionellen Medizin dar, so scheint der Wirkmechanismus der Akupunktur nach der TCM-Theorie in den Hintergrund zu treten, wie es beispielsweise in Deutschland der Fall ist. Hier stellt die Akupunktur eine Therapiemethode unter vielen dar, die zusammen in der Summe das Therapieergebnis ausmachen. Ein genaues Kenntnis über die Wirkweise der Akupunktur spielt hierbei teilweise gar keine wichtige Rolle.

Sowohl die Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur als auch das Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur sowie die Rolle der Akupunktur beeinflussen die Erwartung des Patienten an die Durchführung der Akupunktur. Auf Basis seiner Entscheidungsgrundlage, zum Beispiel Informationsquellen, erwartet der Patient gewisse Charakteristika der Akupunktur in der Praxis. Auch erwartet er, je nachdem wie sein Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur aussieht, bestimmte Modalitäten in der Praxis. Außerdem wird die Erwartung vom Verständnis des Behandlungskonzeptes sowie von den Strukturen des Gesundheitssystems beeinflusst. In Argentinien ist es beispielsweise üblich, dass eine Akupunktur bis zu zwei Stunden Zeit in Anspruch nimmt. Hier spielt der Faktor Zeit während einer Therapie somit eine besonders große Rolle. Der Patient erwartet dementsprechend auch, dass die Akupunkturbehandlung eine bestimmte Zeit in Anspruch nimmt. In China ist es üblich, dass die Patienten der Reihe nach akupunktiert werden und der eigentliche Arzt-Patienten-Kontakt nur auf die Zeit beschränkt ist, in der der Arzt den Patienten akupunktiert. Dies dauert in der Regel fünf bis zehn Minuten. Für die chinesischen Patienten spielt der Faktor Zeit demnach auch eine relativ geringe Rolle im Theorie- und Glaubensmodell und es werden keine Erwartungen an eine lange zeitliche Dauer des Arzt-Patienten-Kontakts gestellt.

Die Praxis der Therapie ist wiederum abhängig vom Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur sowie vom Verständnis des Behandlungskonzeptes des Therapeuten

und von den Strukturen im Gesundheitssystem. Zudem richtet sich die Durchführung der Akupunktur nach den Attributen, die sowohl die Patienten als auch die Therapeuten der Akupunktur beimessen, weshalb sie sich für sie entscheiden. Somit ist die Durchführung also auch abhängig von der Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur. Als Beispiel sei hier das Attribut der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten genannt, die eine Charakteristik der Akupunktur darstellt, nach der sich auch die Durchführung der Therapie richtet. Interessanterweise entspricht die Praxis der Akupunktur in den untersuchten Kulturen jeweils auch der Erwartung an die Therapie, wobei anhand unserer Ergebnisse interkulturelle Unterschiede in der Erwartung und in der Praxis festgestellt werden können. Die Bewertung der Therapie hängt wiederum davon ab, inwieweit die Praxis der Erwartung entspricht. Die Akupunktur wird als positiv bewertet, wenn die Praxis den Erwartungen entspricht.

Der folgende Abschnitt der Diskussion der Ergebnisse ist nach dem oben erläuterten Konzept gegliedert und diskutiert die anhand des Ländervergleichs identifizierten kulturellen Unterschiede in den drei Kernkategorien sowie bezüglich der Erwartung und der Durchführung der Akupunktur vor dem kulturellen Hintergrund sowie der aktuellen Literatur.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur

Der Prozess der Entscheidungsfindung von Patienten für medizinische Hilfe und die Kriterien, nach welchen sich Patienten für Therapiemaßnahmen generell und im Speziellen für komplementärmedizinische Verfahren entscheiden, sind gut untersucht [81-84]. Hierzu wurden Modelle über sogenannte Push und Pull Faktoren aufgestellt. Die Ergebnisse dieser Studie deuten ebenfalls auf solche Faktoren hin. Zudem finden sich Hinweise darauf, dass eine ausreichende Kenntnis über die Akupunktur eine Voraussetzung für die Entscheidung hinsichtlich dieser Therapie darstellen könnte. Die Push und Pull Faktoren lassen sich auch auf die eingeschlossenen Therapeuten und ihre Entscheidungsgrundlage für das Studium der Akupunktur anwenden.

5.1.1.1 Push und Pull Faktoren

Push Faktoren sind negative Erfahrungen und Enttäuschungen, die die Patienten mit bisherigen oftmals konventionellen Verfahren erlebt haben und die dazu führen, dass sie sich von diesen entfernen. Abhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem (s.u.) nahmen die in dieser Studie eingeschlossenen Patienten unterschiedliche Vorbehandlungen in Anspruch. In vorherigen Studien konnte gezeigt werden, dass die meisten Patienten aus Frustration mit der konventionellen Medizin die komplementäre und alternative Medizin aufsuchen [85]. Unwirksamkeit und Nebenwirkungen in der konventionellen Medizin werden in der Literatur als Push Faktoren beschrieben [86, 87, 32]. Diese Faktoren konnten von den untersuchten Patienten bestätigt werden. Sie kritisierten zudem an der konventionellen Medizin den Mangel an Alternativen und besonders den unpersönlichen Umgang im Arzt-Patienten-Kontakt. Besonders die untersuchten Patienten in Argentinien und Deutschland schienen oftmals einen sehr langen Leidensweg durchlaufen zu haben, auf dem sie viele verschiedene Behandlungsverfahren ausprobiert hatten. Ähnliches wurde auch für andere komplementär medizinische Verfahren in Studien anderer Länder berichtet. In einer Untersuchung aus Kanada gaben die Patienten mit HWS-Syndrom an, im Laufe ihrer Erkrankung viele verschiedene Therapien ausprobiert zu haben, bis sie eine für sie effektive Methode gefunden hätten [88]. In China fanden sich im Rahmen der Untersuchung in dieser Studie kaum Push Faktoren. Die befragten Patienten und Therapeuten äußerten weniger starke Kritik an konventionell-medizinischen Maß-

nahmen, da hier im Gegensatz zu den anderen Ländern relativ selten eine konventionelle Therapie im Voraus aufgesucht wurde. Für viele Patienten schien es selbstverständlich zu sein, dass die Akupunktur im Fall des HWS-Syndroms eine geeignete Therapie darstellt. Besonders für China war auch, dass die Patienten zunächst mit Selbstwirksamkeitsverfahren versuchten, ihre Beschwerden zu behandeln. Ein entsprechender Hinweis findet sich auch in einer aktuellen Arbeit über chinesische Patienten mit Gesichtsschmerz [86].

Pull Faktoren sind Faktoren, die die Vorzüge einer Therapie ausmachen und den Patienten zu ihr hinziehen. In allen drei Ländern hatte der Großteil der eingeschlossenen Patienten im Vorfeld positive Erfahrungen mit Akupunktur gemacht, die als Pull Faktor dienten. Ähnlich dazu wurden frühere Erfahrungen auch in einer anderen Studie als Motiv für das Nutzen von pflanzlichen Arzneimitteln in Deutschland beschrieben [87]. Die von uns identifizierten Vorteile der Akupunktur stellen Pull Faktoren dar, die auch in der Literatur angegeben werden [89, 32]: Der natürliche und ganzheitliche Ansatz der Akupunktur, die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und die Professionalität des Therapeuten. Die Krankheitsursache dient als weiterer Pull Faktor bei der Entscheidung für die Akupunktur: Erkennt der Patient psychosoziale Ursachen für seine körperlichen Beschwerden, so wird er sich eher für die Akupunktur entscheiden, da diese auf einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis beruht. Dieser Pull Faktor spielt vor allem in Argentinien eine Rolle. Hier nannten sowohl die befragten Patienten als auch die Therapeuten gleichermaßen häufig psychosoziale Faktoren als Ursache für die HWS-Beschwerden. In Deutschland sprachen Therapeuten häufiger als Patienten psychosoziale Faktoren in der Krankheitsentwicklung an. In China wurden psychische Faktoren selten genannt. Auffallen ist hingegen, dass chinesische Patienten und Therapeuten die Ursache der Beschwerden vor allem in der körperlichen Belastung sahen. Gleichzeitig waren chinesische Patienten öfters der Meinung, dass die Akupunktur eine direkte Wirkung am Ort der Erkrankung erzielen kann, während sie der systemischen Wirkung von Medikamenten eher kritisch gegenüber standen. Dies kann ebenfalls als Pull Faktor gewertet werden. Auch die individuelle Überzeugung und Lebenseinstellung der Studienteilnehmer bestimmte einen weiteren Pull Faktor. Sowohl in Deutschland als auch in Argentinien gaben Patienten an, dass sie sich für die Akupunktur entschieden hätten, weil die Akupunktur aufgrund ihres natürlichen und ganzheitlichen Ansatzes besser zu ihrer Lebensphilosophie passen würde. Bishop et al. bezeichnen solche Menschen, die aus Überzeugung heraus das Alternative und Natürliche schätzen und deswegen Gebrauch von alternativen Heilmethoden machen, als sogenannte „culture creatives“ [90]. Diese Menschen werden vor allem als unkonventionell, post-materialistisch und spirituell angesehen. In China war dieser Pull Faktor weniger ausgeprägt,

da sich die chinesischen Studienteilnehmer ohnehin vor dem kulturellen Hintergrund mit der Akupunktur als Teil der TCM identifizierten.

5.1.1.2 Empfehlungen, Infoquellen, Medien und Aufklärung bezüglich der Akupunktur

Empfehlungen für die Akupunktur von Freunden und Familie spielten in allen drei Ländern eine Rolle bei der Entscheidung für diese Therapie, wie es auch in anderen Studien beschrieben wird [30, 87]. Die Ergebnisse dieser Studie deuten zudem darauf hin, dass die Kenntnis über die Akupunktur als Bestandteil der chinesischen Medizin und die Wertschätzung der in der TCM verankerten ganzheitlichen Sicht auf den Patienten grundlegend für die Entscheidung für die Akupunktur sein kann. Die meisten in China befragten Patienten waren mit der Akupunktur als Therapie vertraut und davon überzeugt, dass sie bei HWS-Syndrom eine gute Therapie darstellt. Außerdem wurde seitens der Therapeuten viel Wert darauf gelegt, die Patienten darüber aufzuklären, bei welchen Indikationen die Akupunktur sinnvoll ist. In Deutschland und Argentinien wussten die Patienten weniger über die Akupunktur. Die Patienten in Deutschland wurden von ihren eigenen Hausärzten auf die Behandlung mit Akupunktur hingewiesen. In Argentinien machten sich die Patienten aktiv auf die Suche nach einer alternativen Behandlungsmethode, ohne viel von der Akupunktur zu verstehen. Die befragten argentinischen Patienten unterschieden bei der Wahl für die Akupunktur nicht zwischen verschiedenen Diagnosen. Wenn den Patienten aus Deutschland und Argentinien die Akupunktur als Behandlungsmöglichkeit bei HWS-Syndrom besser bekannt wäre, hätten sie sich möglicherweise bereits früher im Krankheitsverlauf für die Akupunktur entschieden. Hier spielen Medien wie Fernsehsendungen und Aufklärungsbroschüren eine wichtige Rolle. Sie sind eine gute Möglichkeit, um die Kenntnis über Akupunktur zu verbreiten [30]. Durch Informationen über die Herkunft, Wirkmechanismen und Anwendungsgebiete der Akupunktur könnte das Bewusstsein hinsichtlich dieser Therapie gesteigert werden. Durch eine verbesserte Aufklärung und Zugänglichkeit zur Akupunktur könnte in Fällen, in denen die Akupunktur eine passende Behandlungsmethode darstellt, womöglich unnötige invasive Verfahren erspart werden.

5.1.1.3 Akupunkturausbildung

Sowohl in Deutschland als auch in Argentinien handelte es sich bei den eingeschlossenen Therapeuten um Ärzte der konventionellen Medizin. Sie gaben an, sich für eine Weiterbildung in der Akupunktur entschieden zu haben, weil sie in der konventionellen Medizin die Ganzheitlichkeit vermisst hätten. Entsprechend den Push Faktoren, durch die sich die befragten Patienten von der konventionellen Medizin abwandten, handelte es sich bei den Erfahrungen mit der konventionellen Medizin bei den Therapeuten somit auch um Push Faktoren, die sie zum Erlernen der Akupunktur brachten. In China waren die eingeschlossenen Therapeuten hingegen TCM-Ärzte, die ein Studium von mindestens fünf Jahren in TCM und Akupunktur absolviert hatten. Sie entschlossen sich zu diesem Studium aus persönlichem Interesse und nicht, weil sie aktiv nach einer Alternativen zur konventionellen Medizin suchten.

In allen drei untersuchten Ländern fanden sich unterschiedliche Kritikpunkte bezüglich der Akupunkturausbildung. In Argentinien fand die Akupunktur erst um 1955 Eingang in das medizinische Leistungsspektrum [20]. Die Ausbildung im Bereich Akupunktur scheint hier immer noch unstrukturiert zu sein, denn es gibt keine Ausbildungsrichtlinien. In den vorliegenden Ergebnissen äußert sich dies darin, dass die Patienten nur schwer Vertrauen fassen können und befürchten, an einen „Scharlatan“ zu geraten. Die Therapeuten müssen deswegen umso mehr Überzeugungsarbeit leisten, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Die Bedenken und Befürchtungen der Patienten könnten durch eine strukturierte Akupunkturausbildung mit Fortbildungsleitlinien und inhaltlichen Standards gemindert werden. Die Ergebnisse aus Deutschland und China lassen eher eine Würdigung der guten Ausbildung der Therapeuten durch die Patienten erkennen. In Deutschland wird die Akupunktur in erster Linie von approbierten Ärzten durchgeführt. Schätzungen aus 2002 gehen von bis zu 50.000 Ärzten aus, die Akupunktur anwenden [91]. Im Vergleich dazu gibt es in Deutschland außer Ärzten noch Heilpraktiker, die Akupunktur anbieten. Von denen waren 2011 laut dem Statistischen Bundesamt 35.000 registriert. Für Ärzte ist die Akupunkturausbildung im Rahmen einer Zusatz-Weiterbildung mit eigener Weiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer geregelt [19]. Im Jahr 2013 waren es 13.741 approbierte Ärzte, die die Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ trugen, Tendenz steigend [92]. Insgesamt gibt es in der westlichen Welt Stimmen, die eine stärkere Beachtung der Komplementärmedizin in der Ausbildung von Ärzten und auch des gesamten medizinischen Personals fordern [90, 93]. Außerdem wird gefordert, dass stärker im Bereich Komplementärmedizin geforscht wird [94, 85]. In China hat man hingegen mit einem gegensätzlichen Problem zu kämpfen. Wie es eine der chinesischen

Therapeuten in den Interviews ausdrückte, bestünde hier nämlich eine zunehmende „Verwestlichung der TCM“. Sie äußerte ihre Bedenken, dass die TCM durch eine zunehmende Annäherung an die konventionelle Medizin immer mehr ihre eigene Charakteristik verlieren würde. Bereits im fünfjährigen Bachelorstudium nehmen tatsächlich Fächer aus der westlichen Medizin mehr als die Hälfte der Unterrichtseinheiten ein.

5.1.2 Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur

Das Verständnis von der TCM-Theorie in den drei untersuchten Populationen der drei Kulturen war unterschiedlich. Den Ergebnissen zufolge scheint es, als würde eine Anpassung der TCM-Theorie wie auch der eigentlichen Akupunkturpraxis an die jeweilige Kultur vorgenommen werden. Solch ein Unterschied zwischen den untersuchten Kulturen war anhand der unterschiedlichen Punktauswahl fassbar.

In der Durchführung der Akupunktur fanden sich bezüglich der Auswahl der Akupunkturpunkte nicht nur Unterschiede in den untersuchten Ländern, sondern auch individuelle Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten. In Argentinien und in Deutschland fanden sich im Gegensatz zu China größere interindividuelle Unterschiede in der Punktauswahl. In China konnte aufgrund der Äußerungen in den Interviews vermutet werden, dass ein Punkte-Schema bei der Therapie des HWS-Syndroms angewendet wurde. Dieser Unterschied könnte durch das unterschiedliche Verständnis der TCM-Theorie in den untersuchten Ländern bedingt sein. Ähnlich dem Prozess der Akkulturation der Akupunktur, auf die in der Einleitung eingegangen worden ist, kann es sich bei den unterschiedlichen persönlichen Auffassungen der Akupunktur und der ihr zugrundeliegenden TCM-Theorie um eine individuelle Anpassung an das bestehende persönliche Krankheits- und Gesundheitsverständnis handeln, das abhängig ist von kulturellen Wertvorstellungen und Erfahrungen.

Eine andere Erklärung für die interkulturelle und interindividuelle Diskrepanz bezüglich der Auswahl der Akupunkturpunkte könnte darin liegen, dass das HWS-Syndrom als Diagnose bereits in der konventionellen Medizin als eine Sammelbezeichnung für eine Vielzahl sehr unterschiedlicher orthopädischer und oder neurologischer Symptomenkomplexe gesehen wird, das auch aus Sicht der TCM keine einheitliche Diagnose darstellt. Anhand der Äußerungen der chinesischen Therapeuten kann das HWS-Syndrom in verschiedene Formen eingeteilt werden, bei denen die Therapie jeweils unterschiedlich sein kann. Es ist zu überlegen, ob in künftigen Akupunkturstudien eher Diagnosen gewählt werden sollten, die nach der TCM-Theorie gestellt werden, da diese die Grundlage der Therapie bildet, um spezifische Therapie-

effekte zu untersuchen. Mithilfe dieser Methodik soll es möglich sein, die Validität in Akupunkturstudien zu verbessern, unter der Voraussetzung, dass eine adäquate Sham Kontrolle definiert wird [95]. Beispielsweise könnte die Wirksamkeit der Akupunktur an einem Patientenkollektiv untersucht werden, das das Syndrom der Qi Leere aufweist, welches unter anderem die konventionellen Diagnosen Diabetes und Lungenentzündung umfassen könnten.

5.1.2.1 Wirkmechanismus der Akupunktur und neue Methoden für die Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass in den untersuchten Ländern die wissenschaftliche Forschung im Bereich des spezifischen Wirkmechanismus der Akupunktur eine wichtige Rolle spielt. Besonders in Argentinien gingen die Therapeuten auf die Wichtigkeit der Forschung ein. Sie stelle für sie die einzige Möglichkeit dar, um aus konventionell-medizinischer und wissenschaftlicher Sicht den Wirkmechanismus der Akupunktur zu verstehen und ihre Wirksamkeit zu belegen. In China wiesen die Therapeuten auch darauf hin, dass das Verständnis der TCM sowie der Wirkmechanismen durch die Forschung vertieft werden könne. Nur in Deutschland äußerten sich die Therapeuten nicht über die Wichtigkeit der Forschung.

Die Forschungsmethoden der konventionellen Medizin und bisherige Studiendesigns werden dahingehend kritisiert, dass sie die Akupunktur in ihrer Ganzheit und Wirkweise nicht erfassen können [22]. In dieser Studie wurde ein innovativer multimethodischer Ansatz angewandt, um anhand einer praxisnahen Untersuchung und anhand eines Ländervergleichs Faktoren zu identifizieren, die die Akupunktur ausmachen und ihre Wirkung beeinflussen. Es konnte ein Konzept aufgezeigt werden, welches der Beschreibung und Charakterisierung der Akupunktur im kulturellen Kontext dient (s. Kapitel 4). Mit dieser Studie konnte somit ein Beitrag dazu geleistet werden, die Akupunktur als komplexe Intervention [32] besser zu erfassen.

5.1.2.2 Wichtige Einflussfaktoren

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich die Einflussgrößen für die Akupunktur in nadel-spezifische, therapiespezifische und Kontextfaktoren einteilen (s. Abbildung 17). Die nadel-spezifischen Faktoren umfassen die Punktauswahl, die Punktlokalisierung sowie die Nadel-technik und das De Qi. Die therapiespezifischen Faktoren umfassen die Kontinuität, die Zeit und die Entspannung bei der Akupunktur. Die Kontextfaktoren umfassen die Arzt-Patienten-Beziehung, den Glauben an die Therapie und den Willen zur Genesung.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist viel untersucht [88, 56]. In der vorliegenden Studie spielte das Vertrauen die zentrale Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung. Unterschiedlich war jedoch, wie sich das Vertrauen entwickelt. Diese Unterschiede werden in Abbildung 18 zusammengefasst. In China spielte besonders die Professionalität der Therapeuten eine Rolle, die abhängig von der Nadeltechnik, De Qi, einem schnellen Wirkungseintritt und dem Bekanntheitsgrad der Therapeuten war. Diese Arzt-Patienten-Beziehung kann durch ein Vertrauen charakterisiert werden, das auf der Leistung und Berühmtheit des Therapeuten beruht. In Deutschland legten sowohl Patienten als auch ihre Therapeuten viel Wert auf ein gegenseitiges Vertrauen, das sich über eine längere Zeit entwickelt. In Argentinien war den Patienten vor allem die Zuwendung durch den Therapeuten und das Gefühl der Geborgenheit wichtig. Die Arzt-Patienten-Beziehung kann durch ein Vertrauensverhältnis charakterisiert werden, das auf einer liebevollen Fürsorge durch den Therapeuten beruht. Diese unterschiedlichen Charakteristiken der Arzt-Patienten-Beziehung spiegeln womöglich die unterschiedlichen Kulturen wider. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Rahmen der Akupunkturbehandlung in Deutschland im Sinne einer Partnerschaft zeigte sich entsprechend in einer englischen Studie: Hier schätzen die Patienten eine Arzt-Patienten-Beziehung, die auf Zuversicht und Vertrauen beruht, was vor allem durch die gleichberechtigte und nicht wertende Haltung der Therapeuten entsteht [32]. Außerdem scheinen Patienten im westlichen Kulturkreis vor allem auf eine informative, personalisierte, individuelle und respektvolle Kommunikation mit dem Therapeuten Wert zu legen [88]. Insgesamt können wir anhand von unserer Studie feststellen, dass das Vertrauen im Zentrum der Arzt-Patienten-Beziehung steht. Für die Inanspruchnahme von alternativen Therapien scheint nicht nur das Vertrauen in die Therapie sondern auch in den Therapeuten von enormer Wichtigkeit zu sein. Das Vertrauen als wichtiges Konzept in der Nutzung des Gesundheitswesens ließ sich bereits 2006 in einer niederländischen Studie zeigen [96]: Sollte das relativ geringe Vertrauen der Patienten in das zukünftige Gesundheitssystem der konventionellen Medizin weiter anhalten, würde sich die Hinwendung zu alternativen

Heilmethoden verstärken, sodass eine entsprechende Qualitätssicherung der alternativen Therapien wichtig erscheint.



Abbildung 18. Entstehung der unterschiedlichen Charakteristik der Arzt-Patienten-Beziehung in den drei untersuchten Ländern

In den drei Ländern wurde dem Glauben an die Therapie unterschiedliche Wichtigkeit zugeschrieben. In dieser Studie äußerten sich die befragten Patienten zum Glauben an die Therapie in allen Ländern nur selten. Die Therapeuten in China sahen im Glauben der Patienten an die Akupunktur sowie im Willen zur Genesung zwei wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Akupunktur. Chinesische Therapeuten würden einem Patienten die Akupunktur verweigern, wenn dieser nicht vollkommen von der Therapie überzeugt wäre. In Deutschland variierten die Meinungen bezüglich des Glaubens der Patienten an die Akupunktur. Deutsche Therapeuten gaben an, dass auch bei skeptischen Patienten durchaus ein Therapieerfolg zu verzeichnen sei. Das Gleiche galt für die argentinischen Therapeuten. Für diese stand nicht so sehr der Glaube des Patienten an die Akupunktur, sondern vielmehr der Wille zur Genesung im Vordergrund.

Die Faktoren Zeit und Entspannung stellten nur in Deutschland und Argentinien einen wichtigen Einflussfaktor für die Akupunktur dar. In beiden Ländern bestand zum einen die Meinung, dass die Akupunktur nicht funktionieren könne, wenn man unter Zeitdruck stünde. Zum anderen wurde in beiden Ländern geäußert, dass die Akupunktur eine bessere Wirkung entfalten könne, wenn es während der Behandlung ruhig sei und wenn sich der Patient dabei entspannen könne. Diese Beobachtung ist vereinbar mit Ergebnissen anderer Untersuchungen, in denen Zeit als ein Schlüsselfaktor bei alternativen Therapien identifiziert wurde [94] und ein Zeitmangel als negativ und als Limitation für eine wirksame Akupunktur gewertet wird [97]. In China stellte der Faktor Zeit allerdings sogar einen negativen Faktor dar. Patienten wünschten sich, dass die Therapie mit einem kurzen Nadelstich ohne Ruhephase vollendet werden könne. Auch äußerte kein Patient in China, dass sich die Entspannung während der Therapie positiv auf das Therapieergebnis ausgewirkt hätte. Es stellten lediglich die Therapeuten in China heraus, dass eine entspannte und lockere Atmosphäre für die Akupunktur wichtig sei, da sie eine invasive Behandlungsmethode darstelle. Die Tatsache, dass Zeit und Entspannung weniger Beachtung in China findet, hat möglicherweise etwas mit dem Gesundheitssystem und dem hohen Patientenaufkommen in China zu tun. Der zeitliche Aufwand allein durch die Wartezeit stellt eine Belastung für die Patienten dar. Der geschäftige Klinikalltag, wurde von Therapeuten und Patienten als normal eingeschätzt. Die Akupunktur wurde in allen drei Ländern in den meisten Fällen als erfolgreich bewertet. Ein nicht zufriedenstellender Therapieerfolg wurde seitens der Therapeuten meist auf unzureichende Kontinuität in der Therapie zurückgeführt. Die Behandlung hätte noch länger andauern müssen. Insbesondere die von uns befragten deutschen Therapeuten gingen davon aus, dass die Wirkung der Akupunktur erst mit einer zeitlichen Verzögerung einsetzen kann. Diese Aussagen sind vereinbar mit den kürzlich veröffentlichten Ergebnissen im Rahmen der Acupuncture Tialists' Collaboration [98], die der Akupunkturdosis (Anzahl der Nadeln und Akupunkturanwendungen) eine wichtige Bedeutung zuschreiben in Hinblick auf die Schmerzreduktion im Vergleich zwischen Akupunktur und Kontrollen ohne Akupunktur [99].

5.1.3 Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem

5.1.3.1 Strukturen im Gesundheitssystem

In China besteht eine vollständige Anerkennung der TCM neben der konventionellen Medizin. Beide Medizinsysteme sind gleichermaßen zugänglich. In Deutschland und Argentinien stellt die konventionelle Medizin die dominierende Medizin dar, während die Akupunktur unter die Komplementärmedizin fällt. In Deutschland ist die Akzeptanz der Akupunktur im Gesundheitssystem immer noch als gering einzustufen. Seit den GERAC Studien im Rahmen des „Modellvorhaben Akupunktur“ [100, 101, 12, 102] (2002 – 2007) werden die Kosten für Akupunktur lediglich bei zwei Indikationen (Kniegelenksarthrose und LWS-Schmerzen) von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Alle anderen Indikationen müssen als Privatleistung von den Patienten selbst getragen werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass die Vorbehandlungen abhängig vom Angebot des jeweiligen Gesundheitssystems waren. In China zogen die befragten Patienten zunächst Maßnahmen aus der TCM heran, um ihre Beschwerden zu lindern. In Argentinien nahmen die Patienten vor allem Maßnahmen der Kinesiologie in Anspruch, die mit ihren Elementen aus der physikalischen Medizin eine weit verbreitete Therapiemaßnahme in Argentinien darstellt. In Deutschland wurden im Vergleich zu den anderen Ländern sehr viele verschiedene Therapieverfahren ausprobiert. Neben der Einnahme von Medikamenten und Injektionen wurden vor allem physiotherapeutische Maßnahmen angewendet. Diese hohe Anzahl an verschiedenen Therapiemaßnahmen, die im ambulanten Bereich in Deutschland genutzt wurden, ist konsistent mit Untersuchungen bezüglich der Nutzung des Gesundheitssystems im Ländervergleich. Laut einer Untersuchung des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung Deutschland gab es 2007 in Deutschland im Durchschnitt 17,1 Arztkontakte pro Person pro Jahr in der ambulanten Versorgung [103], während diese Zahl in strukturell vergleichbaren Ländern wie zum Beispiel in Norwegen nur 4,6 pro Person pro Jahr betrug [104]. Es bedarf weiterer, künftiger Studien, um zu klären, wodurch es zu diesen Unterschieden kommt [105].

5.1.3.2 Behandlungskonzept

Kaptchuk et al. formulieren drei Modelle für unterschiedliche Therapiekonzepte [106], die sich in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wiederfinden. Das lang überholte oppositionelle Modell beschreibt das konventionelle Therapiekonzept, in dem jegliche unkonventionelle Medizin ausgeschlossen wird. Dennoch fanden sich in den Ergebnissen dieser Studie Hinweise darauf, dass solch ein Modell vereinzelt vertreten wird. In Argentinien gab es Äußerungen von Patienten und Therapeuten dazu, dass die TCM als zweitrangig hinter der konventionellen Medizin angesehen wird. Eine Therapeutin in China berichtete über Bemühungen, die bis heute im Sinne eines oppositionellen Modells die TCM verbieten wollen. Dies hat in Anlehnung zum zuvor genannten Trend zur „Verwestlichung der TCM“ etwas mit der in der Einleitung geschilderten Geschichte der TCM zu tun. Seit der Neustrukturierung des Landes nach 1949 wurde versucht, die TCM durch die westliche Medizin wieder legitim zu machen, um dadurch eine internationale Anerkennung der Akupunktur zu ermöglichen. Bei dieser Vorgehensweise gilt nur ein Standard für beide Medizinsysteme, was Kaptchuk als das integrative Modell beschreibt. Im integrativen Modell werden die konventionelle Medizin und die alternative Medizin ineinander integriert und ein wissenschaftlicher Standard im Sinne einer evidenzbasierten Medizin gesetzt. Kaptchuk kritisiert dieses Modell, da die unterschiedlichen Medizinsysteme unterschiedlichen Theorien folgen und nicht mit denselben Methoden gemessen werden könnten. Somit sei es schwierig, eine Evidenz zu definieren.

Kaptchuk et al. empfehlen hingegen ein drittes Therapiekonzept: das pluralistische Modell. In diesem Modell sollten die konventionelle Medizin und die Alternativmedizin als zwei getrennte jedoch kooperative Systeme bestehen. Im pluralistischen Modell werden die grundlegenden Unterschiede beider Medizinsysteme anerkannt und die klinischen Ergebnisse von beiden Seiten geschätzt. Im Mittelpunkt steht der Respekt vor der Entscheidung des Patienten [106]. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass im interkulturellen Vergleich die befragten Therapeuten in Argentinien am ehesten nach den Prinzipien des pluralistischen Modells vorgehen. Allerdings fehlte nur in Argentinien eine Ausbildungsstruktur für die Integration der Akupunktur in das Behandlungskonzept und Gesundheitssystem. In dem untersuchten Zentrum für Akupunktur in Argentinien wurde ein Behandlungskonzept verfolgt, in dem beide Systeme Eingang fanden. Es wurde das Ziel verfolgt, den Patienten ganzheitlich zu betrachten. Dies konnte nicht für den deutschen Teil der Studie festgestellt werden. Hier wurden konventionelle und alternativmedizinische Verfahren gleichzeitig aus der Annahme heraus genutzt, dass die Summe der Therapien ein additives Therapieergebnis

ausmachen würde. Dies steht dem anerkannten Einsatz einer multimodalen Behandlung in Deutschland vor allem in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten entgegen [107]. Im Vordergrund stünde die Betrachtung des Patienten durch ein multidisziplinäres Team, das den Patienten in seinem biopsychosozialen Umfeld untersucht, um die Gefährdung zur Chronifizierung zu senken. So sollte die Betrachtung der Patienten aus somatisch-strukturellen, funktionellen, schmerzpsychologischen und psychotherapeutischen sowie sozialen Blickwinkeln erfolgen [108, 109]. Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen diesen Bedarf an ein ganzheitliches patientenorientiertes Therapiekonzept, was auch in der Literatur für das HWS-Syndrom als indiziert beschrieben ist [110]. In China bildete die TCM an sich eine multimodale Therapie mit ihren vielfältigen Verfahren und wurde nicht mit der konventionellen Medizin kombiniert. Es besteht jedoch der Wunsch nach einem kooperativen Therapiekonzept zwischen der TCM und der konventionellen Medizin, der anhand der Ergebnisse dieser Studie deutlich wird und sich in der aktuellen Literatur in China widerspiegelt [111].

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie wiederum die Entwicklung hin zu einer „Patienten-zentrierten Medizin“, in der die Bedürfnisse und Werte des Patienten die therapeutischen Entscheidungen lenken sollen, wie es das amerikanische Institute of Medicine definiert [112].

5.1.4 Erwartung an die Akupunktur, die Durchführung der Akupunktur sowie ihre Bewertung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Erwartung der Patienten an die Akupunktur mit allen Kernkategorien in Verbindung steht (s. Kapitel 4). Die Faktoren, die als Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur dienen, sowie das Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur und die Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem wurden aus den Antworten auf die Fragen in den Interviews bezüglich der Erwartung an die Akupunktur generiert. In der Zusammenfassung der Ergebnisse wurde die Erwartung im Kontext der Faktoren der Kernkategorien anhand eines Modells erläutert. In den untersuchten drei Ländern konnten bezüglich der Erwartungshaltung und ihrer Entstehung interkulturelle Unterschiede identifiziert werden. Das anhand der vorliegenden Ergebnisse entwickelte Modell kann nun dazu genutzt werden, um zu beschreiben, auf welche Weise die Erwartung in Abhängigkeit von den Faktoren des Modells geformt wird, die kulturelle Unterschiede aufweisen. In dieser Studie wurden das Therapie-Outcome und die Bewertung der Akupunktur mit der Frage danach evaluiert, ob die Erwartungen erfüllt wurden. Die von uns untersuchten 14 Patienten pro Land gaben in den meisten Fällen an, dass die Akupunktur ihre Erwartung erfüllt hat und dass sie mit dem Therapieergebnis zufrieden waren. Dies zeigen auch die quantitativen Ergebnisse. Eine Akupunktur wurde somit als positiv bewertet, wenn die Therapie den Erwartungen entsprochen hat. Dieser Zusammenhang bestand in allen drei Kulturen, wobei jeweils interkulturelle Unterschiede hinsichtlich der Erwartung und Praxis bestanden haben. Hieraus kann man folgende Schlussfolgerung ziehen: Der kulturelle Kontext spielt eine wichtige Rolle in der Akupunktur, da sich scheinbar die Praxis der Akupunktur durch den Therapeuten an die Erwartungen der Patienten richten muss, damit eine hohe Zufriedenheit der Patienten sowie auch eine positive Bewertung der Akupunktur erreicht wird. Hinsichtlich der Planung, Durchführung und Dokumentation in zukünftigen Akupunkturstudien scheint es somit notwendig, auch diesen Zusammenhang im jeweiligen kulturellen Hintergrund neben den STRICTA Richtlinien zu erfassen, um internationale Studien korrekt zu interpretieren.

5.2 Hypothesen und Ausblick

Anhand der vorliegenden praxisnahen Studie konnten unterschiedliche Charakteristika der Akupunktur in den untersuchten Kulturen identifiziert werden, die bei der Interpretation internationaler Akupunkturstudien berücksichtigt werden sollten. Die Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur, das Theorie- und Glaubensmodell ihrer Wirkweise und ihre Rolle im Gesundheitssystem sind in den untersuchten Kulturen unterschiedlich und beeinflussen sowohl die Erwartung an die Akupunktur als auch die Praxis. Diese ist in den untersuchten Kulturen wiederum unterschiedlich. Gemeinsam ist der Zusammenhang zwischen den genannten Punkten im Sinne eines übergeordneten Konzeptes. Mit der Kenntnis über die Erwartungshaltung scheint es dem Therapeuten möglich, die Praxis der Therapie entsprechend anzupassen, um eine höhere Patientenzufriedenheit und Compliance zu erzielen. Mit dem Ziel, eine Steigerung des Therapie-Outcomes und entsprechend eine Kostensenkung im Gesundheitssystem zu erreichen, bleibt zu klären, in wieweit das identifizierte Konzept auch auf andere Therapien und die konventionelle Medizin übertragbar ist. Hierfür ist die Integration dieses Konzeptes in die Forschung und die Praxis der konventionellen Medizin notwendig. Um die Wirkweise der Akupunktur zu verstehen, sind dennoch geeignete Methoden notwendig, um sowohl Effekte durch nadel- und therapiespezifische als auch Kontextfaktoren wie Erwartung und andere Einflussfaktoren sowie ihre Wirkung auf das Therapie-Outcome zu erfassen.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse ist zu erkennen, dass es wichtig scheint, eine adäquate Therapie mit korrekter Indikation frühzeitig in der Krankheitsentwicklung anzubieten, nicht nur um eine Frustration durch ineffektive Therapien und eine dadurch verursachte Chronifizierung zu vermeiden, sondern auch um Kosten zu sparen. Zudem scheint eine ausreichende Aufklärung der Patienten über die möglichen Therapieoptionen und eine gewährleistete Zugänglichkeit der Therapien vonnöten zu sein. Dieses Ideal, die richtige Therapie für die richtige Person zur richtigen Zeit anzubieten, stellt das Kernziel der „Patienten-zentrierten Medizin“ dar [113]. Die Ergebnisse dieser Studie konnten durch die praxisnahe Untersuchung die Notwendigkeit bestätigen, dieses Ideal der „Patienten-zentrierten Medizin“ zu erreichen. Zudem scheint die Kenntnis über den kulturellen Hintergrund essentiell für eine Patienten-zentrierte Medizin, sodass der Therapeut dahingehend geschult werden sollte, um den kulturell bedingt unterschiedlichen Erwartungen entsprechend nachkommen zu können.

5.3 Diskussion der Methoden

5.3.1 Besonderheiten des interkulturellen Vergleichs qualitativer Daten

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um die erste Studie, die anhand eines multimethodischen Ansatzes einen interkulturellen Vergleich bezüglich der Akupunktur anstellt. Hinsichtlich ihrer Methodik ist diese Studie innovativ und leistet einen wichtigen Beitrag zur qualitativ orientierten Forschung im Bereich der Medizin, deren Fokus aktuell in Richtung Patienten-Zentriertheit [113] und Praxis-Relevanz [40] tendiert. Diese Studie untersucht die Durchführung, die Wahrnehmung und die Wirkung der Akupunktur praxisnah in der tatsächlichen alltäglichen Anwendung und identifiziert kulturelle Unterschiede, die für das Verständnis dieser Therapiemaßnahme als Heilungsmethode im klinischen Alltag sowie in Hinblick auf das international wachsende Interesse an der Akupunkturforschung von relevanter Bedeutung sind.

Im interkulturellen Vergleich qualitativer Daten stellt der Umgang mit der Sprache eine Besonderheit dar. Die Übersetzung der Interviewleitfäden aus dem Deutschen ins Chinesische beziehungsweise Spanische sowie die Übersetzung der Interviewtransskripte zurück ins Deutsche wurde von den Forscherinnen selber getätigt. Nach Squires [52] kommt es bei einer Übersetzung von Interviewtransskripten zur subjektiven Färbung der Sinnhaftigkeit des Textes durch den Übersetzer. Solch eine subjektive Färbung war in unserer Datenauswertung erwünscht, da nur der Interviewer selbst die Interviewsituation rekapitulieren kann und in der Übersetzung den korrekten Kontext sowie die jeweilige Gesprächsatmosphäre wiedergeben kann. Ergebnisse qualitativer Forschung sind zudem immer interpretativer Natur [114]. Die Ergebnisse dieser Studie könnten somit durch die subjektiven Sichtweisen, Wahrnehmungen und Erfahrungen der Forscherinnen beeinflusst worden sein. Dies betrifft sowohl die Beobachtungen und Interviewführung während der Datenerhebung als auch die Datenauswertung. Um die subjektive Interpretation der Ergebnisse während der Datenanalyse auf ein Minimum zu reduzieren, wurde die sogenannte Interkoderreliabilität als Qualitätsmerkmal qualitativer Forschung eingehalten, indem stets zwei Forscherinnen die Analyse unabhängig voneinander vornahmen und am Ende einen Konsens bildeten.

Eine weitere Besonderheit in dieser qualitativen Forschung stellt der Umgang mit Zahlen dar. In den Ergebnissen aus den Interviews dieser Studie finden sich Prozentzahlen. Diese Angaben konnten durch Auszählungen von Zitaten anhand des verwendeten Computer-Programms MAXQDA¹⁰ (© VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, Marburg/Berlin 2011) generiert werden. Naturgemäß sollen solche Zahlenangaben in qualitativ orientierten Untersu-

chungen nach Malterud nur eine zusammenfassende Orientierung darstellen und auf Tendenzen hinweisen und keine inferenzstatistischen Ergebnisse herstellen, wie es in quantitativen Messungen meist möglich ist [50].

5.3.2 Besonderheiten der Studiendurchführung in China

Die Autorin dieser Arbeit war für die Studiendurchführung in China verantwortlich. Daher soll diese im Vergleich zu den anderen Ländern im Besonderen erläutert werden. Die sozialwissenschaftliche Forschung hat auch in China seit der Reform und mit der Öffnung des Landes Ende der 1970er Jahre Eingang gefunden [74]. Es bestehen einige kulturelle und politische Besonderheiten, die die Methodik in der qualitativen Interviewforschung in China anbelangt. In Anlehnung an die Untersuchungen von Alpermann werden hier einige China-spezifische Themen bezüglich der Methodik diskutiert.

5.3.2.1 Kontaktaufnahme, Feldzugang und „Guan Xi“

Nach Flick [115] stellt die Gegenstandsangemessenheit den Leitgedanken qualitativ interpretativer Forschung dar. Das Ziel ist es, den Gegenstand der Forschung in möglichst natürlichem Kontext durch das aktive Miterleben der Forscher zu untersuchen. Der Forscher soll teilnehmen, aber nicht stören. Dies galt in dieser Studie für alle drei untersuchten Standorte. Der Zugang zum Forschungsfeld stellt allerdings nicht selten eine Herausforderung dar. Alpermann [74] weist darauf hin, dass in China für jede Form der empirischen Arbeit eine Genehmigung beziehungsweise offizielle Einladung der ausländischen Forscher durch die gastgebende Institution vorgeschrieben ist. In der Initiierung der offiziellen Kooperation zwischen der LMU München und dem First Teaching Hospital der Tianjin University of Traditional Chinese Medicine (TJUTCM) haben persönliche Kontakte eine Schlüsselrolle gespielt. Die korrekten Ansprechpartner in Tianjin konnten über Herrn Dr. Michael Hammes identifiziert werden, der durch seine langjährigen Studienaufenthalte dort eine sehr enge Beziehung zu dem First Teaching Hospital in Tianjin pflegt. Nach Hsu et al. spielen solche persönlichen Beziehungen (*Guan Xi*³⁴) in China eine besondere Rolle und können hier sogar als Voraussetzung für die Feldforschung betrachtet werden [116]. Denn nur wer über gute Kontakte verfügt, kann sich als Wissenschaftler aus dem Ausland so frei bewegen, wie es nötig ist, um die Qualität der Daten sicherzustellen [117]. Bevor der Feldzugang in China gewährleistet wurde, musste ein offizieller Kooperationsvertrag unterzeichnet werden und eine finanzielle Entschä-

³⁴ Guanxi: Chinesisch für Beziehung

digung an den chinesischen Kooperationspartner gezahlt werden. In Deutschland und Argentinien gelang sowohl die Kontaktaufnahme als auch der Feldzugang hingegen einfach und unbürokratisch. Für die Kooperationspartner und Studienteilnehmer beider Länder stellten allein die Möglichkeit der Partizipation in dieser international angelegten Studie und ihr Beitrag zur Wissenschaft durch ihre Aussagen in den Interviews bereits eine Motivation zur Teilnahme dar. Weder in Deutschland noch in Argentinien war eine finanzielle Entschädigung für die Partizipation in der Studie notwendig. Dieser Unterschied in der Kontaktaufnahme und dem Zustandekommen der Kooperationen könnte die Aussagen in den Interviews beeinflusst haben.

5.3.2.2 Auswahl der Interviewpartner, Hierarchien und Interviewsetting

Die Qualität der erhobenen Daten hängt wesentlich von den Kooperationsbemühungen des institutionellen Gastgebers in China ab. Dabei spielt die Person, die über die teilnehmenden Interviewpartner bestimmt, eine wesentliche Rolle [74]. Im Gegensatz zu den untersuchten Standorten in Deutschland und Argentinien fanden sich besonders in der Klinik in Tianjin strenge hierarchische Strukturen, die die Ergebnisse aus den Interviews womöglich beeinflusst haben könnten. So wurden beispielsweise die teilnehmenden Therapeuten im chinesischen Teil der Studie von der verantwortlichen Klinikleitung bestimmt. Die Patienten wurden wiederum von ihren Therapeuten animiert, an den Interviews teilzunehmen. Entsprechende Anweisungen wurden bereitwillig befolgt. Eine gute Mitarbeit im Interview mit den Patienten wurde insbesondere dadurch gewährleistet, dass der Therapeut zu Beginn des Interviews einige einleitende Worte sagte und den Patienten ermunterte, das Interview zu führen. Eine weitere Besonderheit der Interviewforschung in China stellte die Tatsache dar, dass im Anschluss an die Interviews kleine Gastgeschenke an die chinesischen Studienteilnehmern überreicht wurden. Diese Geste galt als ein kulturell anerkanntes und von der Gesellschaft erwartetes soziales Verhalten. Auf jede Gefälligkeit, die eine Person einer anderen entgegenbringt, muss eine Gegenleistung (Dankesgeste) im Sinne der Reziprozität folgen [116].

Die Interviews fanden in China in einer offenen Gesprächsatmosphäre statt. Oft kam es während eines Interviews zu Einwüfen von Angehörigen oder anderen Patienten, was von den Interviewten jedoch nicht als störend empfunden wurde. Beispielsweise wurde ein Interview im chinesischen Teil der Studie bei einer Patientin zu Hause auf dem Land geführt. Hier war zwar genügend Zeit und Ruhe gegeben, jedoch mischten sich der Ehemann und die Kinder der Patientin wiederholt in das Interview ein. Hsu et al. stellen fest, dass je nach sozialem Set-

ting die Anwesenheit weiterer Personen in China ohnehin der Normalfall sei [116]. Dies gelte insbesondere für den ländlichen Raum, wo bei Interviews in bäuerlichen Haushalten gerne Nachbarn beziehungsweise Nachbarinnen hereinschauen würden. Weiter weisen Hsu et al. darauf hin, dass diese Einmischung anderer Personen seitens der Befragten nicht unbedingt unerwünscht sei. Dies stelle vielmehr sicher, dass die Befragten aus ihrem gewohnten Kontext heraus antworten. Eine isolierte Befragung würde eher als befremdlich empfunden werden. In Deutschland und Argentinien waren am Interview nur der Interviewer und der Interviewte beteiligt.

In den Ergebnissen der Studie fällt auf, dass die Äußerungen der chinesischen Patienten über die Therapeuten den Grad einer demütigen Hochachtung und respektvollen Verherrlichung erreichen. Diese extrem positive Einstellung wurde womöglich dadurch beeinflusst, dass sich die Therapeuten bei den Interviews teilweise mit den Patienten im selben Raum aufhielten. Somit konnten sie das Interview mithören. Die Patienten haben sich womöglich entsprechend geäußert, da sie wussten und auch wollten, dass ihre Therapeuten das Gespräch mithören. Zweifel des Patienten an der Behandlung sollten die Therapeuten möglichst nicht erfahren. Dies macht besonders die Äußerung eines Patienten deutlich, der im Interview explizit darauf hinwies, dem Therapeuten nicht weiterzuerzählen, dass er die Akupunktur abbrechen würde, wenn sie keine Wirkung zeigen würde. Diese Aussage drückte seinen Zweifel bezüglich der Akupunktur aus, den er dem Arzt gegenüber möglicherweise nicht offenbaren wollte. Auch in Deutschland und Argentinien äußerten sich die befragten Patienten sehr positiv über ihre Therapeuten. In Deutschland beruhte dies jedoch darauf, dass ein tiefes Vertrauensverhältnis zwischen den Patienten und ihren Therapeuten bestand und in Argentinien beruhte es auf einer liebevollen Beziehung zu ihren Therapeuten auf persönlicher Ebene, die die Patienten sehr schätzten.

5.3.2.3 Kommunikationsmuster der chinesischen Sprache

Bei der Interpretation der in China durchgeführten Interviews ist das chinesische Höflichkeitskonzept zu beachten. Shi verweist in ihrer Dissertationsarbeit zu Kommunikationsproblemen zwischen deutschen Expatriates und Chinesen in der wirtschaftlichen Zusammenarbeit auf Höflichkeitsrituale, die chinesische Sprecher ausüben [118]. Zum Beispiel hätten Chinesen in ihrer Interviewforschung oft am Ende eines Satzes gesagt: ‚Ich weiß nicht, ob das, was ich gesagt habe, richtig ist‘. Dies sei eine Form der „Selbsterniedrigung“, die nur eine Höflichkeit darstellt, um nicht überheblich zu klingen. Dies dürfe nicht als Unsicherheit oder Meinungslosigkeit verstanden werden. In den Interviews mit den chinesischen Patienten dieser Studie ist eine solche vermeintliche Unsicherheit ebenfalls aufgefallen. Die chinesischen Patienten wollten auf die Frage nach ihrer Vorstellung zum Wirkmechanismus der Akupunktur zunächst keine Antwort geben, da sie ihrer Meinung nach zu wenig oder ungenau darüber Bescheid wüssten. Nach mehrmaligem Nachfragen gaben die Patienten allerdings eine mitunter sehr aufschlussreiche Antwort. Auch die Höflichkeitsfloskeln am Ende eines Satzes, wie: „nicht wahr?!“, „stimmt’s?“ oder „habe ich nicht Recht?“ dürften nicht als Vagheitsmarkierungen beziehungsweise Rückversicherungen interpretiert werden [74].

Zum anderen soll hier kurz auf die Agency³⁵ Analyse in der qualitativen Sozialforschung in China eingegangen werden. Es besteht laut Hofstede et al. die weit verbreitete These, dass sich China durch einen ausgeprägten Kollektivismus von westlichen, individualistischen Gesellschaften unterscheidet [119]. Dieses Phänomen würde die Möglichkeit, die Handlungsfähigkeit einzelner Personen in China zu untersuchen, stark einschränken. Der Einzelne würde sich in solch einer kollektivistisch orientierten Gesellschaft stärker hinter die Gemeinschaft stellen und sei weniger in der Lage, die eigene Meinung zu äußern [120]. Im Vergleich mit den in Deutschland und Argentinien geführten Interviews ließ sich tatsächlich feststellen, dass sich die chinesischen Patienten häufig im Namen der Patienten allgemein, also im Namen eines Kollektivs äußerten. Zum einen sprachen die chinesischen Patienten öfters in der ersten Person Plural und zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass sie für andere Patienten mitdachten. Sie äußerten zum Beispiel, dass sie den Therapeuten weniger zur Last fallen möchten, indem sie beispielsweise weniger Fragen stellen, damit sich die Therapeuten besser um sie und andere Patienten kümmern können, ohne Zeit für Erklärungen zu verlieren. Einen Einfluss auf die Meinungsäußerung konnte durch diesen Kollektivismus allerdings nicht festgestellt werden, da es in dieser Studie um die individuellen Erfahrungen und Ansichten der Pati-

³⁵ Die Fähigkeit einer Person, in seinem sozialen Umfeld zu handeln.

enten zu ihrer Gesundheit und der Akupunktur ging und nicht um kritische politische Themen.

Als Letztes soll hier eine Kommunikationsstruktur diskutiert werden, die das Präsentieren von wissenschaftlichen Erkenntnissen und die sprachliche Argumentationsweise der Chinesen betrifft. In China bestünde laut Alpermann ein ausgeprägter Hang zu Generalisierungen [74]. Das heißt, dass die Befragten in der Antwort auf eine fachliche Frage dazu tendieren würden, zunächst etwas Repräsentatives und allgemein Bekanntes zu nennen, anstatt direkt auf die gestellte Frage zu antworten. Es würden zunächst Hintergrundinformationen zu der Fragestellung dargelegt werden, bevor die eigentliche Beantwortung der Frage erfolge. Diese rhetorische Struktur, in der quasi nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip argumentiert wird, ist durch die Besonderheiten des chinesischen Satzbaus zu erklären. Es müsse der Gewohnheit nach stets der Kausalsatz an erster Stelle stehen [118]. Außerdem stelle diese Art des Wissensaustausches eine Möglichkeit dar, eine Vertrauensbasis zwischen dem Interviewer und dem Befragten aufzubauen. Diese Aufwärmphase besitze in China einen weitaus höheren Stellenwert als in Deutschland. In der Interviewforschung in einer fremden Kultur sollte ein Forscher deswegen nicht zu ungeduldig auf eine Konkretisierung drängen [121]. Auch in dieser Studie ist diese Kommunikationsstruktur in den Interviews mit den chinesischen Therapeuten aufgefallen. Auf die Frage, wie die Akupunktur Einfluss auf Schmerzen nehmen könne, wurden zum Beispiel zunächst Generalisierungen bezüglich der Akupunktur als gute Behandlungsmaßnahme bei Schmerzen genannt. Erst auf Nachfrage wurde auf die eigentliche Fragestellung eingegangen.

5.3.2.4 Rollenverteilung zwischen Interviewer und befragter Person

Die Rollenverteilung in den Interviews im chinesischen Teil der Studie könnte den Informationsgewinn aufgrund zweier Faktoren beeinflusst haben. Zum einen ergeben sich typische Rollenverteilungen durch den unterschiedlichen Wissensstand, der sich oft im Altersunterschied der Gesprächspartner widerspiegelt [122]. In der chinesischen Kultur herrscht eine strenge Rollenverteilung zwischen älterer und jüngerer Generation sowie auch zwischen Gelehrten und Belehrteten. Typischerweise hat die Kommunikation in solch einer Beziehung einen belehrenden Charakter von der Person ausgehend, die in der Beziehung mehr Wissen und Erfahrung hat oder älter ist. In dieser Studie zeigte sich solch eine Rollenverteilung oft in den Interviews mit den chinesischen Therapeuten. Die Forscherin nahm dabei den Schülerstatus ein. Dieser stellte sich als nützlich heraus, da der Therapeut in die Rolle des Lehrenden schlüpfte und automatisch als Experte einem Explikationszwang unterlag und sehr willig sein Wissen an die Forscherin preisgab.

Ein anderer Faktor, der die Rollenverteilung im Interview ausgemacht haben könnte, stellt die nationale Zugehörigkeit dar. Im Bereich der interkulturellen qualitativen Forschung nimmt der Forscher die Position eines „Außenseiters“ ein. Wie diese Studie zeigt, kann diese Rolle gegensätzliche Effekte haben. Einerseits bestätigt diese Studie die bestehende Aussage, dass die Ausländerrolle den Befragten in einen größeren Explikationszwang bringen kann, da davon ausgegangen wird, dass der Ausländer wenig von der untersuchten Thematik im eigenen Land versteht, sodass es ihm ausführlicher erklärt werden muss [116]. Andererseits kann die Ausländerrolle zu einer größeren Verslossenheit des Befragten führen. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Interview über heikle Themen gesprochen wird, die der Befragte nicht an einen Ausländer preisgeben will. Laut Alpermann könne darüber hinaus bezweifelt werden, dass ein Ausländer China jemals wirklich verstehen kann [74]. Während der Forschungstätigkeit für diese Studie ist der Autorin in Gesprächen mit chinesischen Therapeuten aufgefallen, dass diese zum Teil sehr sensibel mit dem Thema Akupunktur im interkulturellen Vergleich umgingen. Die TCM wird von manchen Chinesen als Kulturgut angesehen, welches seinen Ursprung in China hat und somit den Chinesen gehört. Außerhalb der Interviews äußerten chinesische Therapeuten mitunter, dass es nichts bringen würde, so ausführlich zu erklären, wie sie die Akupunktur durchführen oder auf was für einem Mechanismus die Akupunkturwirkung beruht, da ein Ausländer dies sowieso nicht verstehen würde. Auch gegenüber der Autorin als ethnische Chinesin wurden solche Äußerungen getätigt, da sie als ausländische Forscherin angesehen wurde. In Deutschland und Argentinien fand sich solch eine ablehnende

Haltung nicht. Die Therapeuten gaben ihr Wissen gerne preis und machten in Hinblick auf die wissenschaftliche Relevanz ihrer Aussagen im Rahmen der internationalen Studie eher den Anschein, ihr Wissen unter Beweis stellen zu wollen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es in der qualitativen Interviewforschung und insbesondere in interkulturellen Studien wie dieser darauf ankommt, respektvoll mit den Sitten und der Kultur des untersuchten Landes sowie der untersuchten Menschen umzugehen. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen die Ansicht von Lettau et al., dass der Forscher als Teilnehmer und Beobachter des Geschehens mit seiner Anwesenheit stets einen Eingriff in den sozialen Kontext des Feldes darstellt [123]. Damit solch ein Eingriff von den Untersuchten akzeptiert wird, muss er in ihren Augen sinnvoll und durch seine Wissenschaftlichkeit gerechtfertigt sein.

5.3.3 Limitation der Studie

Die Ergebnisse der quantitativen Daten aus China waren nur eingeschränkt beurteilbar, da nur Daten von drei Patienten berücksichtigt wurden. Ein direkter Vergleich dieser Ergebnisse mit denen aus Deutschland und Argentinien ist somit nicht möglich. Auch wurden in China die meisten Vorher-Interviews erst zu einem Zeitpunkt geführt, wo die Patienten bereits mit der Akupunktur begonnen hatten. Diese qualitativen Ergebnisse wurden dennoch in die Auswertung aufgenommen, da sich die Patienten im Vorher-Interview auf die Zeit vor der ersten Akupunktur bezogen. Trotzdem könnte es durch diesen verspäteten Zeitpunkt der Rekrutierung zur Beeinflussung der Antworten gekommen sein.

Auch in Argentinien stellte die Art der Rekrutierung eine Limitation der Studie dar. Patienten, die an der Studie teilnahmen, mussten teilweise weniger für die Akupunktur zahlen. Die Behandlung wurde durch die geringeren Kosten attraktiver. Dies stellte somit einen Pull Faktor in der Entscheidung für die Therapie dar, der bei der Interpretation der Ergebnisse mit berücksichtigt werden muss.

Die Ergebnisse dieser vorliegenden Studie stützen sich auf die explorativ erhobenen Daten, die anhand der untersuchten Stichprobe in den eingeschlossenen Studienzentren generiert wurden. Diese ist nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit aller Patienten, die in den drei Ländern die Akupunktur für HWS-Beschwerden aufsuchen. Um eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus den untersuchten Kulturen zu erreichen, bedarf es zukünftiger Studien, in denen größere Stichproben in weiteren Gesundheitseinrichtungen untersucht werden.

6. Zusammenfassung

Akupunktur wird weltweit praktiziert und rückt immer mehr in den Fokus internationaler Forschung. Bisher war das Hauptaugenmerk auf ihre klinische Wirksamkeit und den spezifischen Wirkmechanismus gerichtet. Sogenannte unspezifische oder nadelunabhängige Behandlungseffekte wie z.B. die Arzt-Patientenbeziehung werden als durchaus bedeutend für die Akupunkturwirkung angesehen. Sie variieren zweifelsohne zwischen verschiedenen Ländern. Es gibt wenige Untersuchungen, die diese Faktoren in einem sozio-kulturellen Kontext beleuchten. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Identifikation kultureller Faktoren, die die Akupunktur als komplexe Intervention in der Praxis und Forschung möglicherweise beeinflussen. Die Forschungsfragen beziehen sich auf das allgemeine Gesundheitskonzept, das Verständnis von Krankheit und Heilung innerhalb des Theorie- und Glaubensmodells der Akupunktur sowie die Erwartungen und Bewertung des Therapie-Outcomes.

Diese Arbeit stellt eine internationale Kooperation zwischen China, Deutschland und Argentinien dar. In jedem dieser Länder sind 14 Patienten ($n=42$), die auf Grund von HWS-Beschwerden Akupunktur erhalten, sowie die entsprechenden Therapeuten ($n=21$) eingeschlossen. Es wird ein multimethodischer Ansatz gewählt, in dem mittels qualitativer Forschungsmethodik subjektiv empfundene Sachverhalte greifbar gemacht werden. An qualitativen Methoden werden teilstrukturierte Interviews, Feldnotizen und Therapeutenfragebögen angewendet. Die Patienten- und Therapeuteninterviews ($n=143$) werden transkribiert, übersetzt und mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert. Quantitative Messungen des Behandlungserfolgs umfassen die Schmerzstärke gemessen anhand der Visuellen Analogskala und die Bewegungseinschränkung der HWS gemessen anhand eines Inklinometers, die jeweils vor und nach der Therapie erhoben werden.

Anhand der Auswertung der Interviews bezüglich der Forschungsfragen können kulturelle Unterschiede identifiziert werden. Insgesamt lassen sich drei Kernkategorien aufzeigen, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse generiert werden: Entscheidungsgrundlage für die Akupunktur, Theorie- und Glaubensmodell der Wirkweise der Akupunktur und die Rolle der Akupunktur im Gesundheitssystem. Diese Kernkategorien lassen sich in ein Konzept bringen, in dem sie alle miteinander in Beziehung stehen und gleichzeitig die Erwartung an die Akupunktur und die Praxis der Therapie beeinflussen. Insgesamt gilt für jede untersuchte Kultur, dass sich die Praxis der Akupunktur an die Erwartungen an die Akupunktur richtet. Die Akupunktur wird als positiv bewertet, wenn die Praxis der Erwartung an die Akupunktur ent-

spricht. Die Kernkategorien werden jedoch in jeder untersuchten Kultur durch unterschiedliche Faktoren bestimmt. Besonders ausgeprägte interkulturelle Unterschiede finden sich hinsichtlich der Meinung über Einflussgrößen für eine erfolgreiche Akupunktur, der Definition einer guten Arzt-Patienten-Beziehung und der Einordnung der Akupunktur in das entsprechende Medizinsystem. Unterschiedlich werden auch die Ursachen der entsprechenden Beschwerden wie strukturelle Veränderungen der Halswirbelsäule, emotionale und soziale Faktoren und Umwelteinflüsse gewichtet.

Die Studienergebnisse machen deutlich, wie sich sozio-kulturelle Unterschiede in den Charakteristika der Patienten und Therapeuten sowie der Akupunkturbehandlung selbst widerspiegeln. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass der sozio-kulturelle Kontext einen wichtigen Einfluss auf die Lehre und tägliche Praxis der Akupunktur sowie im Bereich der Akupunktur-Forschung nimmt. Insbesondere stellt die Kenntnis über den sozio-kulturellen Hintergrund eine wichtige Voraussetzung für die Interpretation internationaler Studien dar. Im Sinne der Patienten-zentrierten Medizin deuten die Ergebnisse unserer Studie darauf hin, dass die Compliance durch Anpassung der Therapie an die Erwartung verbessert werden kann, um somit insgesamt Chronifizierung von Erkrankungen und Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren. Die Übertragbarkeit unseres Konzeptes der Beziehungen zwischen den Kernkategorien auf andere Kulturen und andere medizinische Verfahren muss in zukünftigen Studien überprüft werden.

7. Literaturverzeichnis

- [1] Unschuld PU (1985) *Medicine in China: A History of Ideas*
University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California and London, England
- [2] Birch SJ und Felt RL (1999) *Understanding Acupuncture*
Churchill Livingstone, London
- [3] Unschuld PU (2003) *Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst*
C.H. Beck, München
- [4] MacPherson H und Lewith G (2007) *Chapter 2 Acupuncture research: the story so far*
In: Mac Pherson H, Hammerschlag R et al. (Hrsg.) *Acupuncture Research: Strategies for Establishing an Evidence Base*: S.15-36
Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, PA
- [5] Unschuld PU (1987) *Traditional Chinese medicine: some historical and epistemological reflections*
Social science & medicine 24(12): S.1023-1029
- [6] Fu LZ (1955) *Why our Western-trained Doctors should learn Traditional Chinese Medicine*
Chinese Medical Journal 73(5): S.363-367
- [7] Taylor K (2004) *Divergent interests and cultivated misunderstandings: the influence of the West on modern Chinese medicine*
Social History of Medicine 17(1): S.93-111
- [8] Unschuld PU (1998) *Chinese Medicine*
Paradigm Pulications, Brookline

[9] Taylor K (2005) *Establishing a national treasure trove of TCM: the standardization of Chinese medicine, 1957-63*

In: Cullen C (Hrsg.) *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63: A Medicine of Revolution*: S.109-150

Routledge, Abingdon, Oxon

[10] Gleditsch J (1995) *The "very point" technique: a needle based point detection method*
Acupuncture in Medicine 13(1): S.20-21

[11] Reston J (1971) *Now, about my operation in Peking; Now, let me tell you about my appendectomy in Peking*

New York Times (Monday July 26, 1971)

[12] Haake M, Muller HH, Schade-Brittinger C et al. (2007) *German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups*
Arch Intern Med 167(17): S.1892-1898

[13] Lewit K (1979) *The needle effect in the relief of myofascial pain*

Pain 6(1): S.83-90

[14] Travell JG und Simons DG (1992) *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*

Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA

[15] Voll R (1973) *Topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur*

Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft, Uelzen

[16] Gori L und Firenzuoli F (2007) *Ear Acupuncture in European Traditional Medicine*

Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM 4(Suppl 1): S.13-16

[17] Nogier PFM (1972) *Treatise of Auriculotherapy*

Maisonneuve, Moulins-les Metz, France

[18] *Die Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V. (DÄGfA):*

<http://www.daegfa.de/Home.aspx>

- [19] *Bundesärztekammer:*
www.bundesaerztekammer.de
- [20] *Sociedad Argentina de Acupuntura (saargentina):*
<http://www.saacupuntura.com.ar/instithist.html>
- [21] *Instituto Médico Argentina de Acupuntura (IMADA):*
<http://www.imada.com.ar/>
- [22] Lewith GT, White PJ und Kaptchuk TJ (2006) *Developing a research strategy for acupuncture*
Clin J Pain 22(7): S.632-638
- [23] Zhao ZQ (2008) *Neural mechanism underlying acupuncture analgesia*
Prog Neurobiol 85(4): S.355-375
- [24] Shuval K, Harker K, Roudsari B et al. (2011) *Is qualitative research second class science? A quantitative longitudinal examination of qualitative research in medical journals*
PLoS One 6(2): S.e16937
- [25] Vincent C und Lewith G (1995) *Placebo controls for acupuncture studies*
J R Soc Med 88(4): S.199-202
- [26] Witt CM, Brinkhaus B, Jena S et al. (2006) *Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Akupunktur. Ein Modellvorhaben mit der Techniker Krankenkasse*
Deutsches Ärzteblatt 103(4): S.196-202
- [27] Walach H (2001) *Das Wirksamkeitsparadox in der Komplementärmedizin*
Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 8(4): S.193-195
- [28] Vickers AJ und Linde K (2014) *Acupuncture for chronic pain*
JAMA 311(9): S.955-956
- [29] Irnich D, Salih N, Offenbacher M et al. (2011) *Is sham laser a valid control for acupuncture trials?*
Evid Based Complement Alternat Med 2011(485945): S.1-8

- [30] Bishop FL und Lewith GT (2013) *Patients' preconceptions of acupuncture: a qualitative study exploring the decisions patients make when seeking acupuncture*
BMC Complement Altern Med 13(102): S.1-10
- [31] Linde K (2006) *Der spezifische Placeboeffekt*
Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49(8): S.729-735
- [32] Paterson C und Britten N (2004) *Acupuncture as a complex intervention: a holistic model*
J Altern Complement Med 10(5): S.791-801
- [33] Paterson C und Dieppe P (2005) *Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture*
BMJ 330(7501): S.1202-1205
- [34] Benedetti F, Carlino E und Pollo A (2011) *How Placebos Change the Patient's Brain*
Neuropsychopharmacology 36(1): S.339-354
- [35] de la Fuente-Fernandez R, Ruth TJ, Sossi V et al. (2001) *Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease*
Science 293(5532): S.1164-1166
- [36] Levine JD, Gordon NC und Fields HL (1978) *The mechanism of placebo analgesia*
Lancet 2(8091): S.654-657
- [37] Wager TD, Rilling JK, Smith EE et al. (2004) *Placebo-induced changes in FMRI in the anticipation and experience of pain*
Science 303(5661): S.1162-1167
- [38] Bialosky JE, Bishop MD und Cleland JA (2010) *Individual Expectation: An Overlooked, but Pertinent, Factor in the Treatment of Individuals Experiencing Musculoskeletal Pain*
Phys Ther 90(9): S.1345-1355
- [39] MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R et al. (2010) *Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT statement*
J Evid Based Med 3(3): S.140-155

- [40] Witt CM, Rafferty Withers S, Grant S et al. (2014) *What can comparative effectiveness research contribute to integrative health in international perspective?*
J Altern Complement Med 20(11): S.874-880
- [41] Witt CM, Ludtke R, Wegscheider K et al. (2010) *Physician characteristics and variation in treatment outcomes: are better qualified and experienced physicians more successful in treating patients with chronic pain with acupuncture?*
J Pain 11(5): S.431-435
- [42] Tukey J (1962) *The future of data analysis*
The Annals of Mathematics and Statistics 33(1): S.1-67
- [43] Mason S, Tovey P und Long AF (2002) *Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials*
BMJ 325(7368): S.832-834
- [44] Liu JP (2011) *Modality of combined methods of quantitative and qualitative research in evaluation of therapeutic effects of Chinese medicine*
Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi 31(5): S.581-586
- [45] Pope C, van Royen P und Baker R (2002) *Qualitative methods in research on healthcare quality*
Qual Saf Health Care 11(2): S.148-152
- [46] Britten N, Jones R, Murphy E et al. (1995) *Qualitative research methods in general practice and primary care*
Fam Pract 12(1): S.104-114
- [47] Black N (1994) *Why we need qualitative research*
J Epidemiol Community Health 48(5): S.425-426
- [48] Miles MB und Huberman AM (1994) *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*
SAGE Publications, Thousand Oaks, CA
- [49] Flick U (2011) *Triangulation Eine Einführung*
VS Verlag für Sozialwissenschaften GmbH, Wiesbaden

- [50] Malterud K (2001) *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*
Lancet 358(9280): S.483-488
- [51] Creswell JW, Fetters MD und Ivankova NV (2004) *Designing a mixed methods study in primary care*
Ann Fam Med 2(1): S.7-12
- [52] Squires A (2009) *Methodological Challenges in Cross-Language Qualitative Research: A Research Review*
Int J Nurs Stud 46(2): S.277-287
- [53] Raspe H, Matthis C, Croft P et al. (2004) *Variation in back pain between countries: the example of Britain and Germany*
Spine 29(9): S.1017-1021
- [54] Bonica JJ (1990) *The management of pain*
Lea & Febiger, Philadelphia
- [55] Wiitavaara B, Bjorklund M, Brulin C et al. (2009) *How well do questionnaires on symptoms in neck-shoulder disorders capture the experiences of those who suffer from neck-shoulder disorders? A content analysis of questionnaires and interviews*
BMC Musculoskelet Disord 10(30): S.1-14
- [56] Wermeling M, Scherer M und Himmel W (2011) *GPs' experiences of managing non-specific neck pain--a qualitative study*
Fam Pract 28(3): S.300-306
- [57] Kelly RB (2009) *Acupuncture for pain*
Am Fam Physician 80(5): S.481-484
- [58] Irnich D, Behrens N, Molzen H et al. (2001) *Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain*
BMJ 322(7302): S.1574-1578

- [59] Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ et al. (2008) *Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations*
Spine 33(4 Suppl): S.199-213
- [60] Scherer M, Plat, E. (2009) *DEGAM-Leitlinie Nr. 13 Nackenschmerzen*
Verlag omikron publishing, Düsseldorf
- [61] Andersson G (1997) *The epidemiology of spinal disorders. In Frymoyer JW, ed. The adult spine: principles and practice*
Lippencott-Raven, Philadelphia, PA
- [62] Bovim G, Schrader H und Sand T (1994) *Neck pain in the general population*
Spine 19(12): S.1307-1309
- [63] Malterud K (2001) *The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers*
Lancet 358(9279): S.397-400
- [64] Mayring P (1990) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*
Psychologie-Verl.-Union, München
- [65] Mason M (2010) *Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews*
Forum Qual Soc Res 11(3): S.1-19
- [66] Green J und Thorogood N (2004) *Qualitative Methods for Health Research*
SAGE Publications, London
- [67] Strauss A, Corbin, J. (1996) *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*
Psychologie Verlags Union, Weinheim
- [68] Bolton JE und Wilkinson RC (1998) *Responsiveness of pain scales: a comparison of three pain intensity measures in chiropractic patients*
J Manipulative Physiol Ther 21(1): S.1-7
- [69] *CROM basic by Performance Attainment Associates:*
www.spineproducts.com

- [70] de Koning CH, van den Heuvel SP, Staal JB et al. (2008) *Clinimetric evaluation of active range of motion measures in patients with non-specific neck pain: a systematic review*
Eur Spine J 17(7): S.905-921
- [71] MacPherson H, White A, Cummings M et al. (2002) *Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture: the STRICTA recommendations*
J Altern Complement Med 8(1): S.85-89
- [72] Pickel G und Pickel S (2008) *Qualitative Interviews als Verfahren des Ländervergleichs*
In: Pickel S, Pickel G et al. (Hrsg.) *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen*: S.441-464
VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- [73] Adamson J und Donovan JL (2002) *Research in black and white*
Qual Health Res 12(6): S.816-825
- [74] Alpermann B (2012) *Qualitative Interviewforschung in China*
In: Kruse J, Bethmann S et al. (Hrsg.) *Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen: Eine Einführung in Theorie und Praxis*: S.169-189
Beltz Juventa, Weinheim
- [75] Marx G und A. W (2009) *Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin - Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung*
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85(3): S.105-113
- [76] Reichertz J (2010) *Abduktion, Deduktion und Induktion in der qualitativen Forschung. In Flick, U., Kardorff v. E., Steinke, I. Qualitative Forschung Ein Handbuch*
Rowohlt Taschenbuch Verlag, Rebeck bei Hamburg
- [77] Kuckartz U (2010) *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*
Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- [78] Malterud K (1993) *Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher*
Fam Pract 10(2): S.201-206

- [79] Glaser BG und Strauss AL (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*
Aldine de Gruyter, New York
- [80] Bell IR, Caspi O, Schwartz GE et al. (2002) *Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care*
Arch Intern Med 162(2): S.133-140
- [81] Andersen RM (1995) *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?*
J Health Soc Behav 36(1): S.1-10
- [82] Andersen RM (2008) *National health surveys and the behavioral model of health services use*
Med Care 46(7): S.647-653
- [83] Fouladbakhsh JM und Stommel M (2010) *Gender, symptom experience, and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the U.S. cancer population*
Oncol Nurs Forum 37(1): S.7-15
- [84] Fouladbakhsh JM, Stommel M, Given BA et al. (2005) *Predictors of use of complementary and alternative therapies among patients with cancer*
Oncol Nurs Forum 32(6): S.1115-1122
- [85] Rees L und Weil A (2001) *Integrated medicine*
BMJ 322(7279): S.119-120
- [86] Au TS, Wong MC, McMillan AS et al. (2014) *Treatment seeking behaviour in southern Chinese elders with chronic orofacial pain: a qualitative study*
BMC Oral Health 14(8): S.1-12
- [87] Joos S, Glassen K und Musselmann B (2012) *Herbal Medicine in Primary Healthcare in Germany: The Patient's Perspective*
Evid Based Complement Alternat Med 2012(294638): S.1-10

- [88] Macdermid JC, Walton DM und Miller J (2013) *What is the Experience of Receiving Health Care for Neck Pain?*
Open Orthop J 7(Suppl 4:M5): S.428-439
- [89] Bishop FL, Massey Y, Yardley L et al. (2011) *How patients choose acupuncturists: a mixed-methods project*
J Altern Complement Med 17(1): S.19-25
- [90] Bishop FL, Yardley L und Lewith GT (2007) *A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine*
J Health Psychol 12(6): S.851-867
- [91] Marstedt G und Moebus S (2002) *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*
Verlag Robert Koch-Institut, Berlin
- [92] *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Tabelle Zusatz Weiterbildung 2013:*
https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_106/2/xs_sortdim/D.000/a/F.IND612/XWD_132
- [93] Brinkhaus B, Joos S, Lindner M et al. (2005) *Integration of complementary and alternative medicine into German medical school curricula -- contradictions between the opinions of decision makers and the status quo*
Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 12(3): S.139-143
- [94] Joos S, Musselmann B, Miksch A et al. (2008) *The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany - a focus group study of GPs*
BMC Health Serv Res 8(127): S.1-13
- [95] Walji R und Boon H (2006) *Redefining the randomized controlled trial in the context of acupuncture research*
Complement Ther Clin Pract 12(2): S.91-96
- [96] van den Brink-Muinen A und Rijken PM (2006) *Does trust in health care influence the use of complementary and alternative medicine by chronically ill people?*
BMC Public Health 6(188): S.1-9

- [97] Paterson C und Britten N (2008) *The patient's experience of holistic care: insights from acupuncture research*
Chronic Illn 4(4): S.264-277
- [98] Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC et al. (2012) *Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis*
Arch Intern Med 172(19): S.1444-1453
- [99] MacPherson H, Maschino AC, Lewith G et al. (2013) *Characteristics of acupuncture treatment associated with outcome: an individual patient meta-analysis of 17,922 patients with chronic pain in randomised controlled trials*
PLoS One 8(10): S.e77438
- [100] Diener HC, Kronfeld K, Boewing G et al. (2006) *Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial*
Lancet Neurol 5(4): S.310-316
- [101] Endres HG, Bowing G, Diener HC et al. (2007) *Acupuncture for tension-type headache: a multicentre, sham-controlled, patient-and observer-blinded, randomised trial*
J Headache Pain 8(5): S.306-314
- [102] Scharf HP, Mansmann U, Streitberger K et al. (2006) *Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial*
Ann Intern Med 145(1): S.12-20
- [103] Riens B, Erhard M und Mangiapane S (2012) *Arztkontakte im Jahr 2007 - Hintergründe und Analysen*
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin,
<http://www.versorgungsatlas.de/>
- [104] Karsch-Völk M, Kamps H und Schneider A (2010) *Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht*
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 86(12): S.468-473

- [105] Herrmann WJ, Haarmann A, Flick U et al. (2013) *Patients' subjective concepts about primary healthcare utilisation: the study protocol of a qualitative comparative study between Norway and Germany*
BMJ Open 3(e002952): S.1-7
- [106] Kaptchuk TJ und Miller FG (2005) *Viewpoint: what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism?*
Acad Med 80(3): S.286-290
- [107] Nagel B, Pfingsten M, Brinkschmidt T et al. (2012) *Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie*
Der Schmerz 26(6): S.661-669
- [108] Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. (2014) *Multimodal pain therapy for treatment of chronic pain syndrome. Consensus paper of the ad hoc commission on multimodal interdisciplinary pain management of the German Pain Society on treatment contents*
Schmerz 28(5): S.459-472
- [109] Casser HR, Arnold B, Gralow I et al. (2013) *Interdisziplinäres Assessment zur multimodalen Schmerztherapie*
Der Schmerz 27(4): S.363-370
- [110] Buchner M, Zahlten-Hinguranage A, Schiltenswolf M et al. (2006) *Therapy outcome after multidisciplinary treatment for chronic neck and chronic low back pain: a prospective clinical study in 365 patients*
Scand J Rheumatol 35(5): S.363-367
- [111] Guan F, Chen, WS (2009) *Dui Hua Zhong Xi Yi (Östliche und Westliche Medizin im Dialog, Übers. v. Verf.)*
Shanghai science and Technology Press, Shanghai
- [112] Committee on Quality of Health Care in America IoM, America (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*
National Academies Press, Washington, D.C.

- [113] Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS et al. (2010) *Why the nation needs a policy push on Patient-Centered Health Care*
Health Affairs 29(8): S.1489-1495
- [114] Greenhalgh T und Taylor R (1997) *Papers that go beyond numbers (qualitative research)*
BMJ 315(7110): S.740-743
- [115] Flick U (1987) *Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung*
In: Bergold JB und Flick U (Hrsg.) *Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*: S.247-262
Dt. Ges. für Verhaltenstherapie, Tübingen
- [116] Hsu CL (2007) *Creating Market Socialism: How Ordinary People Are Shaping Class and Status in China*
Duke University Press, Durham and London
- [117] Tsai LL (2010) *Quantitative Research and Issues of Political Sensitivity in Rural China*
In: Allen Carlson, Mary E. Gallagher et al. (Hrsg.) *Contemporary Chinese Politics. New Sources, Methods, and Field Strategies*: S.246-265
Cambridge University Press, New York
- [118] Shi HX (2003) *Kommunikationsprobleme zwischen deutschen Expatriates und Chinesen in der wirtschaftlichen Zusammenarbeit -- Empirische Erfahrungen und Analyse der Einflußfaktoren*
Univ.-Dissertation, Würzburg
- [119] Hofstede GH (2001) *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*
SAGE Publications, Thousand Oaks, California
- [120] Alpermann B und Selcuk B (2012) *Agency-Analyse in der qualitativen Sozialforschung zu China. Herausforderungen, Lösungsansätze, Perspektiven*
In: Bethmann S, Helfferich C et al. (Hrsg.) *Agency: Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*: S.71-98
Beltz Juventa, Weinheim und Basel

[121] Matthes J (2005) *"Das Gesiche wahren": eine kulturelle Regel im interkulturellen Vergleich*
In: Scholz R (Hrsg.) *Das Eigene und das Fremde: gesammelte Aufsätze zu Gesellschaft, Kultur und Religion*: S.451-464

Ergon-Verlag, Würzburg

[122] Heeg P (1996) *Informative Forschungsinteraktionen*

In: Breuer F (Hrsg.) *Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*: S.41-60

Westdeutscher Verlag, Opladen

[123] Lettau A und Breuer F (2007) *Forscher/innen-Reflexivität und qualitative sozialwissenschaftliche Methodik in der Psychologie*

Journal für Psychologie 15(2): S.1-30

8. Eidesstattliche Versicherung

Wu, Lili

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Akupunktur in der Behandlung von HWS-Syndrom, ein multimethodischer Ansatz für einen interkulturellen Vergleich zwischen China, Deutschland und Argentinien

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Hamburg, den _____

Unterschrift Doktorandin

9. Danksagung

Mein Dank gilt meinem Doktorvater PD Dr. med. Dominik Irnich und ganz besonders meiner Betreuerin MSc Petra Bäumler für die engagierte, verantwortungsvolle Betreuung und für die intensive, langwierige, gemeinsame Datenauswertung im transkontinentalen Diskurs. Ich danke Dr. med. Michael Hammes für die Unterstützung im Feldzugang in China, Prof. Dr. med. Stefanie Joos und Dr. sc. hum. Iris Natazon für die Einführung in die Methodik. Ich danke meiner Kollegin Claudia Böhme für die gewissenhafte Datenerhebung in Deutschland und Dipl. Psych. Marie Ahrends für ihre Unterstützung bei der qualitativen Datenanalyse. Desweiteren danke ich Prof. Shu Wang und Dra. Diana Carballo für die Kooperation sowie allen Therapeuten und Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Ich danke meinen Freunden und Weggefährten aus München, Peking und Hamburg, die mich während der gesamten Zeit der Arbeit begleitet und inspiriert haben. Ich danke dem DAAD für mein Studium der TCM in Peking und in dem Rahmen auch die Ermöglichung der Datenerhebung für den chinesischen Teil der Studie. Ich danke der Karl und Veronica Carstens Stiftung für die Betreuung und finanziellen Mittel für die Durchführung der Datenerhebung in China.

Meiner Familie, im Besonderen meiner Schwester Liming Wu danke ich für Alles!